



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



## **A DIMENSÃO PREVENTIVA DA INTERVENÇÃO PRECOCE: INTERVENÇÃO PSICOMOTORA NA CRECHE**

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em  
Reabilitação Psicomotora

Orientadora: Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Júri:

Presidente

Professor Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato

Vogais

Professor Doutor Filipe Manuel Soares de Melo

Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Beatriz Guilherme Pereira

2016

“Nas mãos das crianças, o mundo vira um conto de fadas.”

## Agradecimentos

Esta etapa foi essencial para o meu crescimento quer a nível profissional quer a nível pessoal. Por todos os ensinamentos, por todos os momentos, por todas as partilhas e escutas quero agradecer...

...aos meus Pais pela confiança incondicional e por todos os sacrifícios realizados;

...ao Rui por me ouvir nos momentos bons e menos bons, nos momentos de todas as certezas e incertezas e acima de tudo por demonstrar que acredita sempre em mim;

...a toda a minha família que estando longe está tão perto e que me apoiou incondicionalmente sempre com um sorriso de orgulho;

...a todos os meus amigos, pelo acompanhamento ao longo desta etapa, pela vontade de conhecer mais sobre a psicomotricidade;

...à minha orientadora da faculdade, Professora Doutora Teresa Brandão, por todo o incentivo e partilha de conhecimento;

...ao meu orientador local, Psicomotricista André Rica, por toda a confiança, partilha da sua experiência e do seu conhecimento;

...à Diretora Técnica da Equipa Móvel de Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce, Jeniree Pereira, e à restante equipa terapêutica pela partilha de conhecimentos, pelos conselhos e a pela sua disponibilidade;

...à Educadora Andreia Oliveira e às auxiliares Sandra Castro, Fernanda Godinho, Maria Inês Rodrigues, Joana Pina e Sofia Caldas, por todos os momentos de alegria, pelo o apoio incondicional, pelo o diálogo, e por toda a paciência e disponibilidade para me receberem de braços abertos;

...aos pais dos “meus” meninos e das “minhas” meninas do Instituto Condessa de Cuba (ICC) por toda a confiança e participação.

...mas acima de tudo, aos “meus” meninos e às “minhas” meninas do ICC por me acolherem tão bem, por me permitirem aprender e crescer com eles e por todos os sorrisos e abraços de carinho;

## Resumo

O presente relatório tem como principal objetivo apresentar a caracterização do estágio realizado na Equipa Móvel de Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce (EMDIIP) no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil de crianças em contexto de creche, ao longo do segundo ano do mestrado em Reabilitação Psicomotora. Toda a intervenção psicomotora foi planeada consoante os resultados das avaliações formais, das observações informais de cada criança e das preocupações e dificuldades enunciadas pela Educadora de Infância da creche tendo sempre em conta as práticas recomendadas da Intervenção Precoce. Para além das sessões de psicomotricidade realizadas em grupo e individualmente, foi desenvolvido um trabalho de formação parental, com o intuito de promover as interações familiares e divulgar informação sobre o desenvolvimento normal das crianças, e um ajustamento do contexto da sala Arco-Íris. A psicomotricidade revelou ser uma ferramenta essencial na promoção do desenvolvimento infantil não só na sua vertente (re)educativa e terapêutica mas também na sua vertente preventiva.

**Palavras-chave:** desenvolvimento infantil; primeira infância; despiste precoce; intervenção precoce; psicomotricidade; intervenção psicomotora; creche; família; promoção do desenvolvimento infantil; prevenção de desvios de desenvolvimento.

## Abstract

This report aims to present the characterization of my internship at Equipa Móvel de Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce (EMDIIP) held in the promotion of infant development in child care context, over the second year of the master's degree in psychomotor rehabilitation. All psychomotor intervention was planned according to the results of formal evaluations, informal observations of each child, the concerns and difficulties set out by the Educator of Childhood and taking into account the best practices of early intervention. In addition to the psychomotor sessions conducted in groups and individually in some cases, it was developed a parental training, in order to promote family interactions and disseminate information on the normal development of children, and an adjustment of the Rainbow room context. The psychomotricity proved to be an essential tool in promoting child development not only as a (re)education and therapy but also as a preventive measure .

**Key-words:** infant development; early childhood; early diagnosis; early intervention; psychomotricity; psychomotor intervention; day care; family; infant development promotion; developmental disorders prevention

## Índice Geral

1. Introdução.....	9
2. Enquadramento da Prática Profissional.....	10
2.1. Revisão da Literatura.....	10
2.1.1. O Desenvolvimento nos dois primeiros anos de vida.....	10
2.1.1.1. Desenvolvimento Motor.....	10
2.1.1.2. Desenvolvimento Psicossocial .....	14
2.1.1.3. Desenvolvimento Cognitivo.....	18
2.1.1.4. Desenvolvimento da Linguagem.....	22
2.1.2. Desvios de desenvolvimento do nascimento aos dois anos .....	25
2.1.3. Intervenção Precoce: De que falamos? .....	29
2.1.3.1. Conceito e modelos teóricos de IP .....	29
2.1.3.2. Práticas Recomendadas na Intervenção Precoce .....	33
2.1.3.3. O papel da família na intervenção precoce.....	37
2.1.3.4. Intervenção Precoce em Portugal: o Decreto-Lei nº 281/2009 .....	39
2.1.4. Intervir Precocemente na Creche .....	43
2.1.4.1. Contexto Creche.....	43
2.1.4.2. A intervenção precoce no contexto creche .....	46
2.1.5. Intervenção Psicomotora em contexto creche.....	50
2.2. Enquadramento institucional .....	53
2.2.1. Equipa Móvel de Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce.....	53
2.2.2. Associação Resgaste: Creche do Instituto Condessa de Cuba.....	54
3. Realização da prática profissional .....	54
3.1. Calendarização .....	54
3.2. Contextos de intervenção.....	58
3.2.1. Sessões de Psicomotricidade de grupo.....	58
3.2.2. Sessões de Psicomotricidade Individuais.....	59
3.3. Caracterização da população e estudos de caso .....	59
3.3.1. Caracterização dos grupos de intervenção.....	59
3.3.2. Caracterização dos Estudos-de-caso .....	60
3.3.2.1. Estudo-de-caso F. ....	60
3.3.2.2. Estudo-de-caso N.....	61
3.3.2.3. Estudo-de-caso L. ....	62
3.4. Processo de intervenção:.....	64

3.4.1.	Instrumentos de Avaliação .....	64
3.4.1.1.	Inventário das Necessidades da Família .....	64
3.4.1.2.	Inventários dos Interesses da Família.....	64
3.4.1.3.	Inventário das Rotinas na Família .....	65
3.4.1.4.	Questionário de Atividades Diárias.....	66
3.4.1.5.	Schedule of Growing skills II - SGS II .....	66
3.4.2.	Planeamento de intervenção .....	69
3.4.2.1.	Estudo-de-caso F. ....	69
3.4.2.2.	Estudo-de-caso N.....	70
3.4.2.3.	Estudo-de-caso L. ....	71
3.4.3.	Análise dos resultados de cada estudo-de-caso.....	73
3.4.3.1.	Estudo-de-caso F. ....	73
3.4.3.1.1.	<i>Inventário das Rotinas da Família.....</i>	73
3.4.3.1.2.	<i>Questionário das Atividades Diárias.....</i>	73
3.4.3.1.3.	<i>Inventário das Necessidades e Interesses da Família .....</i>	73
3.4.3.1.4.	<i>Escala de Temperamento e Comportamento Atípico .....</i>	74
3.4.3.1.5.	<i>Schedule of Growing Skills II .....</i>	74
3.4.3.2.	Estudo-de-caso N.....	79
3.4.3.2.1.	<i>Inventário das Rotinas da Família.....</i>	79
3.4.3.2.2.	<i>Questionário das Atividades Diárias.....</i>	80
3.4.3.2.4.	<i>Schedule of Growings Skills II .....</i>	81
3.4.3.3.	Estudo-de-caso L. ....	84
3.4.3.3.1.	<i>Inventário das Rotinas da Família.....</i>	84
3.4.3.3.2.	<i>Questionário das Atividades Diárias.....</i>	84
3.4.3.3.3.	<i>Inventário das Necessidades e Interesses da Família .....</i>	85
3.4.3.3.4.	<i>Schedule of Growing Skills II .....</i>	85
3.4.4.	Dificuldades e desafios.....	89
3.5.	Atividades complementares de formação.....	91
3.5.1.	Apresentação do programa “ Olá bebé – ICC” .....	91
3.5.2.	Cadernos da Psicomotricidade.....	91
3.5.3.	Novos materiais e adaptações nas salas .....	91
3.5.4.	Acompanhamento das Estagiárias de Licenciatura .....	92
3.5.5.	Intervenção no Kriabebés: J. ....	92
3.5.6.	Formação “Comportamentos Disfuncionais” .....	93

3.5.7.	Reunião com a Mãe do F.....	93
3.5.8.	<i>Workshop</i> “Brincar com o bebé” .....	93
4.	Conclusão, Síntese geral e Perspetivas de Futuro.....	94
5.	Bibliografia .....	96

## Índice de Tabelas

Tabela 1. Sinais de alarme das 4 semanas aos 2 anos (Pinto, 2009).....	26
Tabela 2. Etapas de estágio .....	55
Tabela 3. Horário do primeiro semestre .....	56
Tabela 4. Horário no segundo semestre .....	57
Tabela 5. Áreas fortes e Menos fortes do F.....	79
Tabela 6. Áreas fortes e Menos fortes da N. ....	84
Tabela 7. Áreas fortes e Menos fortes da L. ....	89

## Índice de Anexos

Anexo I: Exemplo de um Planeamento de Sessão de Psicomotricidade no berçário.....	II
Anexo II: Exemplo de um Planeamento de Sessão de Psicomotricidade na sala Arco-Íris .....	III
Anexo III: Exemplo de Relatório de Sessão de Psicomotricidade em grupo.....	IV
Anexo IV: Exemplo de Planeamento de Sessão Individual com o F. ....	VII
Anexo V: Exemplo de Planeamento da Sessão individual com a N. ....	VIII
Anexo VI: Exemplo de Planeamento da Sessão Individual com a L. ....	IX
Anexo VII: Inventário das Necessidades e Interesses da Família.....	X
Anexo VIII: Schedule of Growing Skills II .....	XII
Anexo IX: Inventário das Rotinas da Família .....	XXI
Anexo X: Questionário das Atividades Diárias .....	XXIII
Anexo XI: Escala do Temperamento e Comportamento Atípico .....	XXIV
Anexo XII: Apresentação em <i>Power-point</i> do projeto “Olá bebé” no ICC .....	XXVII
Anexo XIII: Fotografias dos novos materiais e adaptações nas salas.....	XXVIII
Anexo XIV: Fotografias do Workshop “Brincar com o bebé” .....	XXX
Anexo XV: Exemplo de Relatório de Desenvolvimento do F. ....	XXXI
Anexo XVI: Fotografias das sessões de psicomotricidade de grupo .....	XXXVI
Anexo XVII: Exemplo da Atividade para casa .....	XXXVII



## 1. Introdução

O presente relatório de estágio foi realizado no âmbito do estágio curricular do 2º ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora no Ramo de Aprofundamento das Competências Profissionais (RACP). Segundo o Regulamento RACP, os principais objetivos deste estágio são: promover a aquisição de conhecimento aprofundado nos diferentes focos da Reabilitação Psicomotora; desenvolver competências de planeamento, organização e coordenação de programas no âmbito da Reabilitação Psicomotora; e, por fim, incentivar à criação e implementação de novos conhecimentos, práticas e políticas essenciais à progressão do enquadramento profissional e científico da Psicomotricidade.

O estágio curricular caracterizado neste relatório, com a orientação académica da Professora Doutora Maria Teresa Brandão e com orientação local do Psicomotricista André Rica, decorreu na Equipa Móvel de Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce (EMDIIP), mais especificamente na creche do Instituto Condessa de Cuba (ICC), na sala do berçário e na sala Arco-íris (de 1 ano) tendo como população-alvo vinte e uma crianças.

Com o objetivo de promover o desenvolvimento das crianças da creche do ICC, foram realizadas sessões de psicomotricidade em grupo com crianças com desenvolvimento típico e sessões de psicomotricidade individuais nos casos em que através da avaliação formal e das observações informais foi possível verificar um conjunto significativo de áreas menos fortes e de problemáticas comportamentais e desenvolvimentais a ter em atenção. Para além da intervenção psicomotora com as crianças, foi também desenvolvido: um trabalho de formação parental que procurou incentivar às interações familiares, divulgar conhecimentos sobre as etapas de desenvolvimento infantil e o seu papel neste processo, e sobre a educação; e um ajustamento do contexto físico da sala Arco-Íris, isto é, uma reorganização do contexto físico e a criação de materiais para as crianças explorarem, com o intuito de tornar o contexto de sala um promotor do desenvolvimento e assegurar a continuidade da intervenção psicomotora no dia a dia das crianças.

Ao longo deste relatório é possível encontrar: uma primeira parte com o enquadramento da prática profissional na qual é apresentada uma revisão de literatura e o enquadramento do meu local de estágio; uma segunda parte, associada à realização da prática profissional, com a caracterização da população, do contexto de intervenção, com o plano de intervenção e os resultados; e por fim, as dificuldades sentidas, conclusões e perspetivas de futuro.

## **2. Enquadramento da Prática Profissional**

### **2.1. Revisão da Literatura**

A presente revisão da literatura procura apresentar, fundamentar e justificar as temáticas sobre as quais se baseou o presente estágio curricular.

Desta forma, este subcapítulo engloba quatro temas principais: o desenvolvimento infantil nos dois primeiros anos de vida; a Intervenção Precoce (IP), com referência a IP em Portugal e às práticas recomendadas neste âmbito; IP em contexto creche; e por fim, a Intervenção Psicomotora em contexto creche.

#### **2.1.1. O Desenvolvimento nos dois primeiros anos de vida**

O desenvolvimento infantil implica um conjunto de mudanças a nível motor, cognitivo e psicossocial desde a sua conceção ao período da adolescência (Papalia, Olds & Feldman, 2001). Este processo complexo neuromaturacional decorre entre o nascimento até à fase adulta e procura tornar a criança num indivíduo autónomo (Castelo & Fernandes, 2009).

Entre a conceção e o período da adolescência estão definidos diferentes períodos do ciclo de vida, cujos dois primeiros anos de vida do bebé são designados como o período da primeira infância (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

##### **2.1.1.1. *Desenvolvimento Motor***

A motricidade do bebé, principalmente até à idade em que se desenvolve a linguagem expressiva, é o primeiro espelho do seu estado emocional e da cognição (Delmine & Vermeulen, 1991).

O desenvolvimento motor do bebé baseia-se num conjunto de marcos do desenvolvimento de habilidades simples que, progressivamente, se vão conjugando e formando sistemas de ação mais complexos, que permitem ao bebé uma série de movimentos de maior amplitude, facilitando a sua interação com o meio ambiente (Papalia et al., 2006).

Por outro lado, Cordovil & Barreiros (2014) definem desenvolvimento motor como um processo evolutivo sequencial que é influenciado pela maturação e pela aprendizagem, isto é, por fatores genéticos e ambientais. Ou seja, a evolução da motricidade do bebé decorre de acordo com a sua maturação e as suas aprendizagens provenientes das suas experiências. Os mesmos autores salientam ainda que se poderá não observar todos os marcos do desenvolvimento motor no mesmo bebé, uma vez que nem todos são obrigatórios, como por outro lado poderá

ser possível observar-se a coexistência de marcos de desenvolvimento motor como, por exemplo, o bebé gatinha e anda ao mesmo tempo.

Delmine e Vermeulen (1991) e Almeida (2014) referem-se aos primeiros quatro estádios de desenvolvimento psicomotor definidos por Wallon para descrever o desenvolvimento motor infantil nos dois primeiros anos de vida: o impulsivo (do nascimento aos 3 meses) e emocional (dos 3 meses a 1 ano); o sensório-motor e o projetivo (dos 12 meses aos 3 anos). Logo após o nascimento, surge o primeiro estágio, o estágio impulsivo, em que todas as reações tónicas e cinéticas estão meramente associadas às necessidades biológicas do bebé, como a fome, a sede e o desconforto. De seguida, o estágio emotivo, sugere que os movimentos têm uma componente expressiva e não só biológica. Por exemplo, o choro poderá ser a expressão de uma necessidade biológica mas também a forma que o bebé tem de pedir ajuda. Para além da componente expressiva do movimento nesta idade, este também poderá estar associado às primeiras imitações do bebé.

No estágio sensório-motor, o bebé repete várias vezes um movimento que desencadeie um efeito sensorial diferente, uma vez que, por volta desta idade, a perceção sobre a sensação associada a um movimento é cada vez maior (Delmine & Vermeulen, 1991). Neste estágio o bebé começa a desenvolver a noção corporal, através das sensações referidas anteriormente, e também a desenvolver a preensão, a partir dos 4 meses. Segundo Delmine e Vermeulen (1991), o bebé começa por agarrar os objetos com as duas mãos, realizando gestos bilaterais, que progressivamente se transformam em gestos dissociados, através dos quais o bebé realiza a pega com a palma da mão, de seguida com o conjunto dos dedos e, por fim, apenas com o polegar e o indicador.

Por último, o estágio projetivo, no início dos primeiros 24 meses, caracteriza-se pelo movimento como forma de se relacionar com o mundo exterior, em que o bebé explora o objeto tendo em conta a sua estrutura e relacionando-os com outros objetos, o que lhe permite representar mentalmente algumas das suas ações associadas às atividades que realiza com os objetos que o rodeiam (Delmine & Vermeulen, 1991). Desta forma, o bebé começa a ser capaz de atribuir um significado simbólico a um objeto ou a utilizar um objeto para expressar uma ideia simbólica (Fonseca, 2005).

Por outro lado, Papalia et al. (2006) referem-se a três etapas do desenvolvimento motor que são essenciais para que o bebé adquira uma das maiores conquistas motoras, a marcha, sendo estas: o controlo da cabeça, o controlo da mão e a locomoção.

Aos 4 meses o bebé é capaz de manter a cabeça direita sem o apoio do adulto, sendo este um primeiro passo para o desenvolvimento da aquisição do equilíbrio essencial à marcha. Aos 3 meses e meio, o bebé começa a agarrar objetos como “chocalhos”, mas tem ainda dificuldade em agarrar objetos pequenos. De seguida, começa a transferir um objeto de uma mão para a outra, segura objetos pequenos (mas não os agarram) e, por fim, entre os 7 e os 11 meses, é capaz de realizar a preensão em pinça para agarrar objetos pequenos, o que demonstra o desenvolvimento da motricidade fina do bebé. Este progresso permite ao bebé agarrar-se a móveis e equipamentos fixos para se colocar na posição bípede (Papalia et al., 2006)

O desenvolvimento da locomoção, por sua vez, tem por base o conjunto das seguintes etapas em que o bebé: é capaz de se virar sozinho com intencionalidade, por volta dos 3 meses; mantém-se sentado sozinho, por volta dos 6 meses; senta-se sozinho por volta dos 8 meses; começa a movimentar-se seja a arrastar-se seja a gatinhar, entre os 6 e os 10 meses; poderá manter-se na posição bípede apoiado num móvel ou num indivíduo, a partir dos 7 meses. À medida em que se ultrapassa cada uma destas etapas o bebé poderá começar a dar os primeiros passos, sem ajuda, por volta dos 11 meses e meio (Papalia et al., 2006).

Recentemente, Cordovil e Barreiros (2014) referem a pirâmide do desenvolvimento dos movimentos de Gallahue (1984) para explicarem o processo de desenvolvimento motor. Assim sendo, salientam quatro fases caracterizadas por movimentos particulares em cada uma delas: a primeira fase, a motora reflexa e de movimentos espontâneos; a segunda fase, a motora rudimentar; a terceira fase, a motora fundamental; e por fim, a motora especializada.

Até aos dois anos de idade, o bebé passa pela fase motora reflexa e de movimentos espontâneos e pela fase rudimentar. A fase motora reflexa e de movimentos espontâneos, decorre desde o período uterino até ao primeiro ano de vida, tratando-se de um período em que os movimentos do bebé começam por ser respostas a estímulos específicos e, progressivamente, passam a ser movimentos mais estáveis, que traduzem um maior controlo sobre o corpo (Cordovil & Barreiros, 2014).

Durante o primeiro ano de vida do bebé, a fase motora reflexa e de movimentos espontâneos coincide com a fase rudimentar. Por sua vez, esta fase inclui duas subfases: a inibição reflexa, na qual se elimina os reflexos primitivos, e a subfase do pré-controlo em que o bebé começa a ter um maior controlo sobre o seu corpo e a ajustar o seu comportamento ao contexto onde se situa (Cordovil & Barreiros, 2014).

A fase motora rudimentar é caracterizada como uma fase rápida na medida em que perante as novas descobertas o bebé rapidamente atinge o patamar locomotor já associado à fase motora fundamental. Ou seja, quantas mais descobertas o bebé faz, maior será a sua atividade motora potenciando uma maior coordenação e complexidade das atividades motoras intencionais. Nesta fase decorre quer o desenvolvimento de movimentos rudimentares de locomoção quer o desenvolvimento de movimentos manipulativos (Cordovil & Barreiros, 2014).

No que diz respeito ao desenvolvimento dos movimentos rudimentares de locomoção, Cordovil e Barreiros (2014) mencionam que estes baseiam-se nas seguintes principais aquisições:

- rastejar: este movimento inicia-se por volta dos 6 meses primeiramente apenas com a ação dos braços. Progressivamente, o bebé começa a ter perceção sobre a utilidade da elevação do tronco até que, por fim, o bebé rasteja realizando também a propulsão da perna e do pé.
- gatinhar: com o desenvolvimento da força de braços, do equilíbrio e da coordenação o bebé passa da ação de rastejar para a ação de gatinhar. Por volta dos 8 aos 10 meses verifica-se uma maturação do padrão de gatinhar.
- andar: entre os 10 e os 18 meses, no máximo, espera-se a aquisição do andar autónomo. Esta aquisição é influenciada pelos estímulos, pela exploração do contexto, pela maturação do sistema nervoso e pela aquisição de competências percetivas fundamentais. Até ao andar autónomo observa-se três subfases (Shirley, 1931 cit. in Cordovil & Barreiros, 2014): a primeira caracterizada por movimentos sem controlo dos membros inferiores com a posição vertical em apoio; a segunda correspondente à posição bípede com suporte fixo e pequenos movimentos de deslocação em apoio; e a última em que se observa a locomoção com o apoio das duas mãos do adulto.

Como já foi referido anteriormente pelos outros autores apresentados, e por Cordovil e Barreiros (2014), no período de vida do bebé até aos dois anos de vida decorre não só o desenvolvimento da motricidade global mas também o desenvolvimento dos movimentos manipulativos.

Para Cordovil e Barreiros (2014), os movimentos manipulativos resultam da evolução da coordenação muscular e da capacidade de organização das ações de acordo a captação e o tratamento da informação visual.

A apreensão, ação associada aos movimentos manipulativos, implica duas aprendizagens: o alcançar e o agarrar. A ação de alcançar, já presente no período pré-natal, inicia-se por volta dos 2 meses, quando se coloca um objeto na mão do bebé. Por volta dos 4 a 5 meses, os bebés exploram os objetos, alcançando-os e são capazes de os levar à boca para continuar a sua exploração. Por outro lado, o desenvolvimento da ação de agarrar inicia-se quando o bebé é capaz de manter um objeto que lhe é colocado na mão. A evolução da pega decorre da seguinte forma: pega palmar, pega com inclusão do polegar, que surge por volta dos sete a oito meses, e a pega em pinça com oposição indicador-polegar, que surge por volta dos 9 meses (Cordovil & Barreiros, 2014).

O desenvolvimento das habilidades motoras do bebé permite-lhe vivenciar mais experiências motoras, o que facilita a perceção de que ao movimentar-se, de uma certa forma, conseguirá explorar melhor o mundo que o rodeia (Papalia et al., 2006; Cordovil & Barreiros, 2014).

#### **2.1.1.2. *Desenvolvimento Psicossocial***

O desenvolvimento psicológico está ligado ao processo de socialização (Papalia et al., 2001; Almeida, 2014), pois é, através do convívio e das interações sociais que o indivíduo desenvolve a sua própria personalidade, diferente dos que o rodeiam. A partir das interações sociais o indivíduo é capaz de ter os seus próprios pensamentos, sentir, expressar as suas emoções e agir tendo como base os padrões da sua sociedade sendo, desta forma, possível afirmar que o desenvolvimento psicossocial está condicionado pelo próprio envolvimento (Almeida, 2014).

Quando Papalia et al. (2001) se referem ao desenvolvimento psicossocial nos bebés relacionam-no com as suas emoções, o processo de vinculação aos pais, o desenvolvimento da confiança/desconfiança e do seu temperamento. Todos estes conceitos estão ligados ao contexto social que envolve o bebé condicionando todo o desenvolvimento psicossocial do mesmo. Desta forma, afirma-se que o desenvolvimento psicossocial até aos dois anos centra-se no desenvolvimento do *Eu* em relação aos outros.

Segundo Erikson (1950 cit. in Papalia et al., 2001), para que o bebé seja capaz de estabelecer relações íntimas com as pessoas que o rodeiam, é fundamental que este aprenda a confiar nos outros e nos objetos que pertencem ao seu meio envolvente. O desenvolvimento da confiança inicia-se pela dependência do bebé relativamente à prestação de cuidados contínuos e sensíveis, por parte do adulto, pois a partir do momento em que o bebé se sente seguro de que alguém cuidará dele, este aprende a

confiar. Para além desta aprendizagem, o bebé também precisa de aprender a desconfiar, na medida em que precisa de ser capaz de identificar em que momento necessita de se proteger. Desta forma, o equilíbrio entre a confiança e a desconfiança é fundamental para o desenvolvimento psicossocial do bebé.

Por volta dos 6 a 7 meses, o bebé começa a tornar-se num indivíduo social e interessado em conhecer o mundo que o rodeia. Este interesse e procura pelas relações sociais traduz-se por uma maior expressividade facial, gestual e sonora que tem como principal objetivo chamar a atenção daqueles que o rodeiam se sentir que está num meio que lhe é familiar. É, também, por esta idade que surge outro sinal fundamental de que o desenvolvimento psicossocial está a decorrer: a ansiedade de separação, associada ao processo de vinculação (Godridge, 2002).

No que diz respeito à vinculação, definida como uma relação marcada pela proximidade e reciprocidade entre o bebé e a figura de vinculação, esta desenvolve-se a partir do momento em que o bebé se apercebe de que a satisfação das necessidades biológicas e psicossociais está assegurada (Papalia et al., 2001).

Ainsworth (1964 cit. in Papalia et al., 2001), pioneira na investigação sobre a vinculação, definiu quatro estádios de vinculação, ao longo do primeiro ano de vida: até aos 2 meses o bebé responde a todos os indivíduos de igual forma; entre os 8 e os 12 meses, o bebé começa a responder à mãe de forma diferenciada; até aos 7 meses, o bebé evidencia uma forte vinculação com a mãe e começa a ter receio dos indivíduos estranhos; desde então, o bebé vincula-se a outros indivíduos mais familiares e próximos.

A vinculação mãe-bebé está diretamente associada à segurança que ambos sentem nesta relação, e quanto mais segura for esta vinculação, maior a probabilidade de a criança se tornar num adulto empático, autónomo e capaz de estabelecer relações interpessoais positivas (Papalia et al., 2001).

A ansiedade de separação e perante estranhos, que pode durar até aos dois anos, traduz uma maior consciência, por parte do bebé, sobre a sua individualidade, o que constitui um marco do desenvolvimento importante para o seu desenvolvimento psicossocial. No entanto, é através da separação e do convívio com estranhos que, progressivamente, o bebé vai estabelecendo novas relações que deverão ser encorajadas pelos familiares mais próximos (Godridge, 2002).

Entretanto, entre os 8 e os 12 meses, os bebés começam a expressar e a manifestar a sua vontade, chegando mesmo a surgir birras devido ao sentimento de frustração com

que começam a ter de lidar, tal como começam a desenvolver o sentido de humor e a apresentar alguns medos por determinados sons (Godridge, 2002).

Por volta dos 11 meses, o bebé começará a querer imitar os adultos nas tarefas do dia a dia sendo assim uma forma de explorar o contexto em seu redor. Para além disso, os bebés, neste período, poderão começar a ligar-se a um objeto em particular para ajudar a lidar com as suas frustrações principalmente se, por esta altura, ainda sofrer com a ansiedade da separação. Pelos 12 meses, o bebé começará a procurar interagir com outros bebés, observando-os e imitando-os mas, no entanto, manterá a sua visão egocêntrica, própria da idade, em que pensa que tudo é seu (Godridge, 2002).

Ao longo do segundo ano de vida, o bebé deverá familiarizar-se com o sentimento de partilha tal como com os limites que deverão ser aplicados para que perceba a diferença entre o que pode fazer e o que não pode. Ainda neste período, o bebé tem uma enorme curiosidade para explorar novos contextos e pretende explorá-los ao máximo, daí que esta seja a melhor altura para que o bebé aprenda a respeitar limites (Griffey, 2002).

Assim, neste período, o bebé desenvolve o autoconceito, ao mesmo tempo que desenvolve a sua autonomia e o sentido de consciência pela internalização de regras sociais que irão facilitar a sua interação com os que a rodeiam (Papalia et al., 2001).

O autoconceito desenvolve-se com base em três grandes etapas: a noção de corpo, a auto-descrição e autoavaliação, e a resposta emocional ao comportamento errado (Papalia et al. 2001; Fonseca, 2010).

A noção de corpo engloba a auto-consciência e o auto-reconhecimento físico. A auto-consciência, segundo Fonseca (2010), provém da receção, análise e armazenamento das sensações vividas pelo próprio corpo, que em conjunto desencadeiam toda a percepção e ideia estruturada sobre o mesmo. Por outro lado, Papalia (Palaia et al., 2001) refere-se ao autorreconhecimento físico como o reconhecimento de si próprio em espelhos e fotografias, que se desenvolve por volta dos 18 meses (Papalia et al., 2001; Fonseca, 2010).

Após a aquisição da noção de corpo, surge a fase da auto-descrição e autoavaliação, em que o bebé começa a ser capaz de realizar descrições de si próprio utilizando algumas palavras. Isto, decorre entre os 19 e os 30 meses, progredindo com o desenvolvimento da linguagem expressiva e da capacidade representacional (Papalia et al., 2001).



Estas duas primeiras aquisições, associadas ao desenvolvimento do autoconceito, ajudam o bebé a entender que a resposta a uma ação desencadeada por si, seja uma resposta positiva ou negativa, é orientada para si, como indivíduo único, e não para a sua ação. Desta forma, inicia-se a aquisição de regras de comportamento (Papalia et al., 2001).

Após a aquisição da noção de corpo, a criança começa a adequar a sua resposta emocional ao seu comportamento/ação errado, ao mesmo tempo, que desenvolve a capacidade de se autodescrever e autoavaliar. O facto de reconhecer que faz algo de errado traduz a consciência e compreensão de regras comportamentais e morais (Papalia et al., 2001).

No entanto, Roth-Hanania, Busch-Rossnagel e Higgins-D'Alessandro (2000) identificam o autoconceito como um processo que tem início nos primeiros meses de vida e que tem uma continuidade ao longo do resto da vida. Para estes autores, este conceito desenvolve-se ao longo de três etapas: a consciência dos outros e identificação de si próprio, o autorreconhecimento e a autorrepresentação.

A primeira etapa decorre ao longo do primeiro ano de vida e consiste na atenção do bebé sobre o mundo e os indivíduos que o rodeiam, permitindo-lhe começar a diferenciar-se dos outros. Por outro lado, a segunda etapa, o autorreconhecimento, decorre dos 12 aos 18 meses e consiste na identificação do seu próprio reflexo e do reflexo dos objetos. No entanto, para os autores, o autorreconhecimento é necessário mas não é o suficiente para que se diferencie dos outros como um ser único e individual pois, para isso, consideram que é necessário que o bebé alcance a etapa da autorrepresentação. Esta etapa decorre dos 18 aos 24 meses e nesta o bebé já deverá distinguir-se como um indivíduo único e diferente dos outros, dando-se assim os primeiros passos para a auto-descrição. Este processo, por sua vez, traduz-se na utilização da linguagem expressiva para se descrever (Roth-Hanania et al., 2000).

Por volta dos 18 meses, a criança começa a manifestar a sua vontade em ser autónoma. Com o desenvolvimento da linguagem expressiva, em que as crianças passam a ser capazes de verbalizar a sua vontade mesmo que utilizando apenas uma palavra, e com a fase do treino do controlo dos esfíncteres, dá-se início ao desenvolvimento da autonomia e do auto-controlo. Esta fase permite um sentimento de independência dos pais e envolve as primeiras vivências com o sentimento de vergonha e dúvida. O sentimento de dúvida permite à criança ter consciência daquilo que ainda não é capaz de fazer, e o sentimento de vergonha traduz a consciência de regras sociais (Papalia et al., 2001). Isto implica que, em situações novas, seja normal

que a criança procure ainda algum conforto ou alguma segurança junto dos pais para que ganhe novamente confiança nas suas capacidades e retome o seu papel de criança autónoma (Griffey, 2002). Por sua vez, ambos os sentimentos ajudam a criança a perceber a importância dos limites (Papalia et al., 2001).

Todos os conceitos mencionados anteriormente contribuem para o desenvolvimento psicossocial do bebé, tornando-o num indivíduo seguro, confiante, autónomo, consciente da necessidade dos limites e das regras sociais.

### **2.1.1.3. *Desenvolvimento Cognitivo***

A compreensão do desenvolvimento cognitivo foi um dos maiores contributos de Piaget. Segundo este, o desenvolvimento cognitivo do ser humano consiste numa sequência evolutiva de quatro estádios: o sensório-motor, dos 0 aos 2 anos; o pré-operatório, dos 2 aos 7 anos; o das operações concretas, dos 7 aos 11 anos; e por fim, o estágio das operações formais, a partir dos 12 anos (Papalia et al., 2006).

Todos os estádios de desenvolvimento, definidos por Piaget, são etapas sequenciais e que diferem quanto ao desenvolvimento intelectual do bebé. Piaget refere que, apesar de existirem faixas etárias associadas a cada um dos estádios, estas são apenas idades aproximadas em que poderão evidenciar-se as novas aquisições, uma vez que cada criança é um indivíduo único e com um ritmo de desenvolvimento próprio (Baratina, 2012).

Ao longo do estágio sensório-motor, o desenvolvimento e as aprendizagens dos bebés advêm das experiências sensoriais e motoras que vivenciam e que, ao longo do tempo, permitem estruturar padrões de comportamento a utilizar em diferentes momentos, os esquemas (Papalia et al., 2001). Durante o estágio sensório-motor, o bebé relaciona-se com os objetos e o ambiente, de forma a conseguir explorá-lo e assim construir novos conhecimentos. Assim, é possível verificar uma alteração sequencial da disponibilização motora e emocional para a exploração do ambiente, uma vez que, para tal acontecimento, inicialmente, o bebé evidencia ações inatas como o olhar, o sugar, o agarrar e o ouvir e, progressivamente, começa a expandir as suas ações e os seus comportamentos (Baratina, 2012).

O estágio sensório-motor subdivide-se em seis sub-estádios que estão relacionados com a organização e maturação dos esquemas do bebé. Estes dois processos refletem-se na evolução da capacidade de resolução de problemas e da percepção de que uma pessoa ou um objeto existe mesmo quando não são observáveis. Evoluções

estas que se traduzem no sentido de permanência do objeto, e da coordenação da informação sensorial (Papalia et al., 2001).

No primeiro sub-estádio (do nascimento ao 1º mês), associado à utilização de reflexos, o recém-nascido explora os seus reflexos adquirindo algum controlo sobre estes. Neste sub-estádio, o recém-nascido não coordena a informação sensorial, não demonstra intencionalidade e ainda não adquiriu o sentido de permanência do objeto (Papalia et al., 2001). No entanto, a partir dos primeiros reflexos, o bebé desenvolve esquemas de sucção e de preensão devido aos processos de assimilação (processo de integração de um objeto exterior a um esquema de ação) e de acomodação (processo de ajustamento de um esquema de ação a um objeto exterior) (Vauclair, 2004).

No segundo sub-estádio (do 1º mês ao 4º mês), denominado por reações circulares primárias, o bebé é capaz de repetir um comportamento ou sensação que lhe agrada e que, inicialmente, ocorreu por acaso, como por exemplo, a sucção do polegar. O conceito de “primárias” provém do facto do bebé reproduzir ações que lhe agradam mas que estão limitadas ao seu corpo, não considerando os efeitos que estas poderão ter sobre o meio que o rodeia. Ainda neste sub-estádio, o bebé começa a coordenar a informação sensorial, reforçando a sua atenção visual para a sua mão (Papalia et al., 2001; Vauclair, 2004).

A fase das reações circulares secundárias constitui o terceiro sub-estádio (dos 4 meses aos 8 meses). Neste sub-estádio, o bebé repete ou prolonga um comportamento ou ação que lhe proporciona bem-estar mas que também facilita a exploração e o contato com o meio envolvente. Assim, o bebé já demonstra intenção, mesmo não sendo dirigida a objetos específicos (Papalia et al., 2001; Vauclair, 2004). Os novos comportamentos neste sub-estádio devem-se à coordenação entre a informação visual e a preensão (Vauclair, 2004).

O quarto sub-estádio (dos 8 aos 12 meses) está associado à coordenação dos esquemas secundários. Ou seja, o bebé une esquemas apreendidos desde o nascimento a esquemas adquiridos recentemente. Desta forma, o bebé é capaz de generalizar as suas ações, demonstrando cada vez mais o traço intencional das suas ações ou comportamentos e aprendendo a prever acontecimentos e a ajustar os seus esquemas até encontrar aquele que melhor se adequa ao que pretende (Papalia et al., 2001). Vauclair (2004) explica este sub-estádio referindo que a partir daqui o bebé começa a relacionar objetos como, por exemplo, empurrar um objeto com a ajuda de outro.

Por sua vez, entre os 12 meses e os 18 meses, surgem as reações circulares terciárias, no quinto sub-estádio. Ou seja, o bebé explora ativamente as características de um objeto e procura variar um comportamento ou ação para observar aquilo que acontece (Papalia et al., 2001; Vauclair, 2004). Agora, o bebé começa a desenvolver a capacidade de resolução de problemas, através da sua própria curiosidade, por tentativa e erro.

Por fim, surge o sexto sub-estádio do desenvolvimento cognitivo segundo Piaget (entre os 18 e os 24 meses), o sub-estádio das combinações mentais. Este sub-estádio é caracterizado pelo desenvolvimento da capacidade representacional, que permite ao bebé representar mentalmente os objetos e ações na sua memória através de símbolos. O bebé utiliza estes símbolos para recordar e pensar sobre os objetos e ações, o que faz com que não necessite de recorrer ao processo de tentativa e erro sempre que necessitar de resolver um problema. Esta nova capacidade permite ao bebé antecipar as consequências e refletir sobre os acontecimentos sem estar a realizar uma ação (Papalia et al, 2001). Assim, Piaget considera que este sub-estádio representa a conjugação entre a inteligência prática associada ao período sensório-motor e o pensamento simbólico do período que se segue, o período pré-operatório (Vauclair, 2004).

Ao longo dos sub-estádios de Piaget, decorre também a aquisição do sentido da permanência do objeto que consiste numa aquisição essencial para a noção de tempo, espaço e do meio que envolve o bebé. Isto porque através deste sentido o bebé é capaz de identificar-se separadamente dos objetos, e das pessoas que o rodeiam. Para além disso, desta forma, o bebé é capaz de fazer a transferência do sentido de permanência do objeto para a ausência física da figura paterna. Quer isto dizer que, uma vez que a figura paterna não esteja presente no mesmo espaço que o bebé, este sentir-se-á seguro sabendo que a figura paterna continua a existir e que irá regressar (Papalia et al., 2001).

Piaget também definiu um conjunto de 6 estádios associados à aquisição do sentido de permanência do objeto: o estágio 1, do nascimento aos 2 meses, em que o bebé não reage ao desaparecimento de um objeto; o estágio 2, dos 2 aos 3 meses, em que existem alguns sinais, como o choro ou expressões de decepção, por parte do bebé, mas não há uma procura pelo objeto; o estágio 3, dos 6 aos 8 meses, em que o bebé começa a procurar um objeto escondido; o estágio 4, dos 6 aos 12 meses, em que o bebé já procura pelo objeto quando este está completamente escondido mas procura-o sempre no mesmo local, mesmo que o indivíduo o esconda noutro sítio; o estágio 5,

dos 12 aos 18 meses, em que o bebé procura um objeto completamente escondido acompanhando a deslocação do indivíduo ao esconder o objeto; por fim, o estágio 6, dos 18 aos 24 meses, em que o bebé procura um objeto totalmente escondido mesmo que não tenha acompanhado as deslocações do indivíduo que escondeu o objeto (Vauclair, 2004).

Para além da explicação de Piaget sobre o desenvolvimento cognitivo, existe a teoria walloniana que defende que a socialização condiciona o desenvolvimento cognitivo. No que consta sobre a sua influência no desenvolvimento cognitivo o autor afirma que o contexto e as vivências sociais permitem à criança adquirir, guardar e transformar os seus conhecimentos tal como permite que se consiga aceder ao passado, refletir sobre o presente e criar objetivos para o futuro (Almeida, 2014).

Almeida (2014), que apresenta o estágio impulsivo e emocional de Wallon como um só, assim como o estágio sensório-motor e o projetivo, apresenta as evoluções associadas ao desenvolvimento cognitivo de cada estágio. Assim, refere que no estágio impulsivo e emocional observa-se essencialmente um desenvolvimento nas aquisições motoras do bebé tal como evoluções no âmbito afetivo, sendo que as emoções têm uma tradução essencialmente motora nestas idades. Para além disso, neste estágio, o bebé começa a conhecer-se a si próprio desenvolvendo as suas aptidões sensório-motoras com o olhar, o agarrar e o andar (Baratinha, 2012; Almeida, 2014). Por outro lado, no estágio sensório-motor e projetivo, o bebé começa a explorar o mundo ao seu redor e estas experiências potenciam o seu desenvolvimento cognitivo. (Almeida, 2014). Caracteriza-se pela exploração das características físicas dos contextos que o rodeiam pelo agarrar, sentar, manipular e andar, ao mesmo tempo que expande as suas competências linguísticas e as suas representações mentais (Baranita, 2012).

Por fim, Almeida (2014) refere as três leis de Wallon nas quais se baseia a evolução sequencial dos estádios de desenvolvimento, sendo estas: a lei da alternância funcional que se refere à alternância da direção do conhecimento, sendo que este poderá ser do exterior como sobre o próprio interior e o próprio corpo; a lei da predominância funcional que evidencia que todos os domínios do desenvolvimento se influenciam mutuamente, apesar de existirem domínios cujo desenvolvimento é mais evidente num estágio do que noutros; e por fim, a lei da integração funcional que afirma a relação e a influência mútua entre cada domínio do desenvolvimento pela hierarquização entre os mesmos. Isto é, todas as aprendizagens de cada domínio do desenvolvimento integram as aprendizagens anteriores.

#### **2.1.1.4. *Desenvolvimento da Linguagem***

A interação entre o desenvolvimento motor, social, emocional e cognitivo é essencial para o desenvolvimento da linguagem do bebé. Com a maturação das estruturas físicas, associadas à produção de sons e às conexões neuronais que permitem a ligação entre som e significado, o bebé começa a interagir com o meio envolvente através da linguagem (Papalia et al., 2006).

Este sistema de comunicação baseado em palavras conjugadas com regras gramaticais, permite ao bebé empregar uma palavra ou frase para representar/apresentar um objeto, uma ação, um sentimento, uma experiência ou as suas necessidades (Papalia et al., 2006).

A evolução e o desenvolvimento da linguagem implica um conjunto de processos que são semelhantes entre todas as crianças, no entanto, este processo de desenvolvimento depende de um conjunto de fatores como a inteligência, a maturidade, a estabilidade emocional, a motivação e o envolvimento que rodeia a criança (Silva, 2014).

Ao longo do primeiro ano de vida, o bebé adquire um conjunto de competências que são essenciais para a fase inicial do desenvolvimento da linguagem. Estas competências estão maioritariamente relacionadas com aspetos socioafetivos que servirão de base para a sua autoconfiança e para a sua evolução linguística. Estes aspetos socioafetivos traduzem-se em competências linguísticas e consistem no sorriso intencional, no diálogo tónico-comunicativo com o outro, nas sensações experienciadas em novas aprendizagens, na exploração e aprendizagem da utilização do aparelho fonador e na prática de atitudes comunicativas através da relação com o outro (Rigolet, 2006).

O desenvolvimento da linguagem inicia-se com a fase pré-linguística, em que o bebé comunica por sons, desde o choro ao balbucio, que por sua vez advêm da passagem da imitação acidental para uma imitação intencional. O choro é a primeira forma de comunicação de um bebé, em que consoante a sua intensidade, tom e padrão poderá indicar uma diferente necessidade (Costa & Santos, 2003; Lester e Bouskydis, 1985 cit. in Papalia et al., 2006).

Ainda nos primeiros meses de vida, para além do choro, considera-se que o bebé inicia o seu processo de comunicação com o outro através da imitação de expressões faciais e dos movimentos da boca. A partir desta imitação e da captação do som, associado a uma expressão ou movimento da boca, o bebé apercebe-se de que com a

boca poderá também emitir sons e assim expressar as suas necessidades (Costa & Santos, 2003).

O bebé aprende a distinguir diferentes informações linguísticas, como entoações e ritmos, entre os 5 e os 6 meses, e a partir de então procura responder emitindo sons que estejam de acordo com a entoação e o ritmo que ouviu (Delmine & Vermeulen, 1991).

Papalia et al. (2006) considera que, por volta dos 9 meses, o bebé inicia o processo de repetição de sons da linguagem com uma conotação intencional. Porém, o bebé não percebe o que significa o som que está a repetir. Esta fase consiste na fase da lalação que se traduz pela repetição ou reduplicação de uma sílaba. Esta fase tem um desenvolvimento particular sendo que inicia-se com a emissão de uma mesma sílaba, repetida ou não, terminando com uma sequência de sílabas diversas (Costa & Santos, 2003).

Por outro lado, Rigolet (2006) refere que, do nascimento até aos 9 meses, o bebé comunica também por pequenas “brincadeiras” vocais e, progressivamente, pelo balbuciar. O balbucio, que surge entre os 6 e os 10 meses, baseia-se na repetição de sequências de consoantes e vogais, sem significado para o próprio bebé que está apenas a repetir sons (Papalia et al., 2006). No início da fase do balbuciar acredita-se que os bebés não estão a balbuciar para se referirem a algo em particular mas sim a explorar as suas capacidades fonológicas. No entanto, progressivamente, o bebé começa a reproduzir o mesmo som sob o mesmo contexto e, aí sim, poderá confirmar-se que existe uma intenção e uma associação específica a algo, começando a afirmar-se que o bebé começa assim a dizer as suas primeiras palavras (Costa & Santos, 2003).

Estas formas de comunicação, decorrentes desde o nascimento aos 9 meses, poderão ser desenvolvidas pelo contato ocular com os outros, pela atenção sobre o bebé e pela participação ativa nas suas rotinas diárias (Rigolet, 2006). No final desta fase, o bebé já deverá reconhecer o seu nome, reconhecer algumas palavras no meio de uma frase e a associar um significado a uma palavra (Costa & Santos, 2003).

Progressivamente, os bebés começam a adquirir as regras fonológicas da sua cultura, e desta forma começam a iniciar a fase linguística, em que a linguagem expressiva tem um significado associado, entre os 10 e os 14 meses. Posto isto, a fase linguística inicia-se com as primeiras palavras do bebé, mas também com os gestos simbólicos, que operam muitas das vezes como palavras. Cada gesto simbólico caracteriza-se por

uma necessidade, uma referência a um objeto, ação, emoção ou desejo. No entanto, com o crescimento do léxico do bebé, estes gestos simbólicos tendem a desaparecer (Papalia et al., 2006).

Algumas das primeiras palavras do bebé poderão significar todo um pensamento, e desta forma, esta fase denomina-se de holófrase. Isto acontece porque os bebés reconhecem muitas mais palavras (vocabulário passivo) do que aquelas que conseguem expressar verbalmente (vocabulário ativo) e, também, porque as suas primeiras palavras são, habitualmente, palavras que costumam ouvir frequentemente, como o seu nome, o “não”, o “dá” (Papalia et al., 2006). Segundo Rigolet (2006), a fase da holófrase constitui a primeira fase do segundo ano de vida do bebé e tem uma duração aproximada de seis meses (dos 12 aos 18 meses).

Entre os 16 e os 24 meses espera-se um desenvolvimento acentuado da linguagem, principalmente no que diz respeito ao vocabulário do bebé. Por volta dos 18 e os 24 meses, os bebés começam a juntar palavras para comunicarem, o que constitui a fase telegráfica (Delmine & Vermeulen, 1991; Papalia et al., 2006). Por sua vez, Rigolet (2006) identifica a fase telegráfica como a fase dos pequenos enunciados, em que o bebé começa a falar utilizando alguns verbos, adjetivos, e advérbios mas sem considerar a utilização de artigos, pronomes, preposições ou conjunções, ou seja, sem elementos com uma função meramente gramatical. Esta capacidade para formar estas frases traduz que a aprendizagem da sintaxe da língua decorre ainda antes do bebé começar a formar pequenos enunciados (Costa & Santos, 2003).

A linguagem telegráfica é constituída principalmente por verbos, nomes e modificadores, sem que exista ainda uma entoação que sugira se a frase é uma questão, uma ordem, ou a constatação de um facto. No entanto, a partir dos dois anos, esta especificação da entoação desenvolve-se pelo interesse e pela necessidade de adquirir um vocabulário mais amplo (Delmine & Vermeulen, 1991).

Entre os 20 e os 30 meses, os bebés apresentam maior consciência da sintaxe na construção frásica começando a utilizar artigos, preposições, verbos conjugados, conjunções, entre outros (Papalia et al., 2006). A partir dos 20 meses, o bebé começa a juntar duas palavras e a associar cada indivíduo a um objeto específico. Progressivamente, entre os 22 e os 24 meses, o bebé começa a formar frases com mais de duas palavras e com uma construção frásica que inclui sujeito, verbo, e complemento direto (Rigolet, 2006).



As fases, linguística e telegráfica, contrariamente à fase pré-linguística, não estão relacionadas com a idade cronológica. Isto é, estas fases poderão iniciar-se mais tarde mas, no entanto, há uma “compensação”, o que faz com que os bebés alarguem o seu campo lexical num período de tempo inferior ao dos bebés que iniciam estas fases dentro dos limites da sua faixa etária (Papalia et al., 2006).

Silva (2014) defende que a linguagem decorre da interação entre fatores biológicos, genéticos e fatores ambientais. No entanto, salienta que o desenvolvimento da linguagem deve-se principalmente aos fatores ambientais, como as interações com os outros indivíduos, os contextos estimulantes e as experiências vividas, pois considerando apenas os fatores biológicos e genéticos este processo evolutivo da linguagem seria minoritário.

O desenvolvimento das competências linguísticas contribuiu para o desenvolvimento de outras aptidões, como a autonomia e o sentido de responsabilidade, e constitui uma ferramenta para a integração da criança na comunidade (Silva, 2014).

### **2.1.2. Desvios de desenvolvimento do nascimento aos dois anos**

A criança é o resultado de um conjunto de fatores genéticos, ambientais, culturais e sociais que têm influência no seu desenvolvimento, nomeadamente na definição das suas competências ao longo do tempo. Assim, é necessário que exista um acompanhamento ou um processo de vigilância do desenvolvimento que permita analisar o(s) fator(es) que o condicionam, e averiguar se estes contribuem para desvios de desenvolvimento (Goldfarb C., Roberts W., 1996 cit. in Castelo & Fernandes, 2009; Pinto 2009).

Designa-se *desvio de desenvolvimento* quando as competências referentes às áreas de desenvolvimento não são adquiridas e interiorizadas na sequência de tempo esperada, o que pode estar associado a fatores de risco de caráter biológico ou ambiental (Council on Children with Disabilities [CCD], 2006).

Pinto (2009) estipula um conjunto de sinais de alarme que poderão traduzir desvios de desenvolvimento entre as quatro semanas e os 2 anos, sendo estes:

**Tabela 1. Sinais de alarme das 4 semanas aos 2 anos (Pinto, 2009)**

<b>Idade</b>	<b>Sinais de alarme de desvios do desenvolvimento</b>
4 às seis semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de tentativa de controlo cefálico</li> <li>• Hiper ou hipotonia</li> <li>• Não segue a face humana ou o olho de boi ou apresenta movimentos erráticos dos olhos.</li> <li>• Não vira os olhos para o som (mesmo da voz humana), parecendo não reagir ao mesmo.</li> <li>• Dificuldade em se manter em alerta com transições abruptas entre o sono e a irritabilidade, revelando má regulação dos estádios.</li> </ul>
3 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não fixa nem segue objetos, nem mesmo a face humana.</li> <li>• Não vira os olhos para o som (sobretudo com a voz humana).</li> <li>• Não sorri.</li> <li>• Não tem controlo cefálico.</li> <li>• Mãos sempre fechadas, não as abrindo mesmo se estimulado o dorso da mão.</li> <li>• Membros rígidos em repouso, espástico.</li> <li>• Sobressalto ao menor ruído.</li> <li>• Chora e grita quando se toca.</li> <li>• Pobreza de movimentos.</li> </ul>
6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de controlo cefálico.</li> <li>• Membros inferiores rígidos, com passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar, revelando espasticidade.</li> <li>• Não olha nem pega em objetos, o que pode ser por défice sensorial, por falta de interesse na exploração ou por incapacidade motora para o fazer.</li> <li>• Assimetrias (usar só uma mão, por exemplo, pode ser sinal de patologia localizada cerebral – acidente vascular cerebral ou atrofia cortical localizada pós asfixia).</li> <li>• Não reage aos sons por surdez ou desinteresse.</li> <li>• Não vocaliza, silencioso ou muito monocórdico.</li> <li>• Desinteresse do ambiente, não estabelece contacto, apático.</li> <li>• Irritabilidade, estremece sempre que é tocado.</li> <li>• Estrabismo manifesto e constante.</li> <li>• Persistência de reflexos primitivos</li> </ul>
9 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não se senta.</li> <li>• Permanece imóvel e não tenta mudar de posição.</li> <li>• Assimetrias, posturais ou de movimentos.</li> <li>• Estrabismo, mesmo que inconstante.</li> <li>• Sem preensão palmar e não explora objetos oralmente.</li> <li>• Não reage aos sons.</li> <li>• Vocaliza monotonamente ou deixa de vocalizar.</li> <li>• Apático e sem reação aos familiares.</li> <li>• Engasga-se com facilidade</li> </ul>
12 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não aguenta o peso nas pernas, por hipotonia</li> <li>• Não se senta.</li> <li>• Permanece imóvel e não tenta mudar de posição.</li> <li>• Assimetrias</li> <li>• Estrabismo.</li> <li>• Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão.</li> <li>• Não faz pinça fina.</li> <li>• Não responde à voz, não emite polissílabos, fica muito silencioso.</li> <li>• Não brinca, nem estabelece contacto, não reage ao nome, não segue o apontar dos pais, podendo estes ser sinais de alerta para possibilidade de perturbação da empatia, ou seja, perturbação do espectro do autismo.</li> <li>• Não mastiga.</li> </ul>
15 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de tentativa de se deslocar ou de explorar o ambiente.</li> <li>• Exploração dos objetos ainda prioritariamente oral.</li> <li>• Não faz sons variados e polissílabos, não tenta imitar o som do adulto.</li> <li>• Não faz pinça fina e não usa funcionalmente os objetos.</li> <li>• Não aponta ou tenta usar o gesto como suporte da comunicação.</li> <li>• Não cumpre ordens simples.</li> </ul>
18 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não se põe de pé, anda em pontas</li> <li>• não anda</li> <li>• assimetrias.</li> <li>• Não faz pinça fina, atira objetos ou leva-os sistematicamente à boca, não apresentando uso funcional.</li> <li>• Ausência de resposta à voz, não vocaliza espontaneamente, não tem a palavras perceptíveis.</li> <li>• Não se interessa pelo que o rodeia, não estabelece contacto e não apresenta intencionalidade comunicativa.</li> <li>• Não cumpre ordens.</li> </ul>
2 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não anda ou anda sistematicamente em pontas, o que pode ser um sinal de hipertonía distal dos membros inferiores ou alertar para aspetos comportamentais (por ser uma estereotípia).</li> <li>• Deita objetos fora e não constrói nada.</li> <li>• Não parece compreender o que lhe dizem.</li> <li>• Não tem palavras inteligíveis.</li> <li>• Não procura imitar, não se interessa pelo meio e pelas pessoas e não tenta interagir.</li> <li>• Não aponta, não pede, não mostra.</li> <li>• Birras desajustadas em frequência e intensidade ou sem motivos aparentes.</li> </ul>

A vigilância destes sinais de alarme e a deteção precoce dos fatores de risco, que poderão estar por detrás dos sinais observados, irá facilitar o diagnóstico de possíveis perturbações do desenvolvimento. Desta forma, a intervenção decorrerá atempadamente contribuindo para a minimização dos efeitos dos fatores de risco

sobre o desenvolvimento infantil e possibilitando uma melhor qualidade de vida (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2005; Amorim, Laurentino, Barros, Ferreira, Filho & Raposo, 2009; Castelo & Fernandes, 2009; Pinto, 2009).

Por outro lado, a não deteção precoce dos desvios de desenvolvimento poderá prejudicar a criança na escola, conduzindo a um baixo rendimento escolar, desencadeando, por sua vez, problemas de carácter social e emocional (CCD, 2006). Assim, é importante que os profissionais das equipas de intervenção precoce e os médicos tenham um conhecimento sólido sobre as etapas de desenvolvimento infantil, e sejam capazes de antecipar e preparar os pais para estas mesmas etapas, de forma a prepará-los para o apoio que poderão fornecer à criança na aquisição de novas aprendizagens (Pinto, 2009). A American Academy of Pediatrics [AAP] (2009) salienta ainda o quão fundamental é que a equipa de intervenção esteja preparada, dotada de capacidades comunicativas e seja capaz de encaminhar e acompanhar cada caso particular.

É, igualmente, importante que a equipa de intervenção, durante o rastreio global das áreas do desenvolvimento, considere que o desenvolvimento infantil é um processo dinâmico, em que os seus domínios motor, linguístico, social e cognitivo, se relacionam mutuamente, e que, ao longo do tempo, a criança apresenta uma nova competência em cada um desses domínios. Com base nestas considerações, é fundamental que a realização do rastreio global do desenvolvimento decorra periodicamente (Committee on Children with Disabilities [CCD], 2001).

A importância do despiste precoce dos desvios de desenvolvimento relaciona-se com o facto de que, nos primeiros anos de vida, a plasticidade cerebral é maior, pelo que a probabilidade da criança responder à intervenção e aos estímulos de forma rápida e eficaz é maior do que em qualquer outra fase da sua vida (OPAS, 2005).

Assim, é fundamental que exista uma *vigilância ou monitorização do desenvolvimento*, isto é, um acompanhamento da criança, desde cedo, através de atividades que promovam o seu desenvolvimento normal e que possibilitem a deteção de problemas no desenvolvimento (Huthsson & Nicholl, 1988 cit. in OPAS, 2005; OPAS, 2005). Neste processo, deverá ser realizada uma anamnese detalhada, para facilitar a recolha do máximo de informação possível sobre a criança e sobre as preocupações e necessidades da sua família (Castelo e Fernandes, 2009).

Este envolvimento da família permite que esta obtenha as respostas às suas dúvidas, preocupações e necessidades. Por outro lado, em caso de serem detetados ou

mesmo diagnosticados quaisquer desvios de desenvolvimento, o pediatra ou técnico de intervenção precoce poderá orientar a família sobre como lidar com a problemática da criança e fornecer informação específica sobre os serviços e os recursos disponíveis (CCD, 2001).

Para além do modelo de vigilância do desenvolvimento, referido anteriormente, OPAS (2005) refere: o rastreio do desenvolvimento, a avaliação do desenvolvimento e a monitorização ou acompanhamento do desenvolvimento. O primeiro modelo referido, o rastreio, pretende observar crianças que aparentemente têm um desenvolvimento típico mas que, ao longo do rastreio, poderão evidenciar desvios do desenvolvimento. Por outro lado, a avaliação do desenvolvimento baseia-se na investigação aprofundada de crianças com suspeita de desvios de desenvolvimento, realizada por uma equipa multidisciplinar, de forma a definir-se um diagnóstico. Por fim, o monitoramento ou acompanhamento do desenvolvimento consiste em prestar assistência ao longo do desenvolvimento da criança de forma sistemática. (OPAS, 2005).

Por outro lado, CCD (2006) utiliza os conceitos de *vigilância*, *rastreio (screening)* e *avaliação*, em que: o primeiro termo implica o reconhecimento de crianças que poderão estar em risco; o termo *rastreio (screening)* implica a utilização de materiais, recursos e instrumentos para identificar e clarificar o fator de risco; e, por último, a *avaliação* propriamente dita consiste num processo de identificação de perturbações de desenvolvimento.

Apesar de não existirem evidências específicas sobre qual o melhor método para avaliar o desenvolvimento, é indiscutível a importância da identificação precoce de desvios do desenvolvimento (Amorim et al., 2009).

De forma a garantir o sucesso do rastreio deverá ser considerado um conjunto de práticas, tais como: (1) a atualização constante sobre os conhecimentos e as novas informações na área da intervenção precoce; (2) a formação contínua sobre novos métodos de avaliação; (3) serem estabelecidos períodos de avaliação da criança; (4) apresentar os resultados do rastreio tendo sempre em conta a cultura da criança e da sua família; (5) com o consentimento da família, a criança deverá ser encaminhada para um programa de intervenção precoce; (6) investigar a causa da problemática diagnosticada; (7) manter uma ligação com os vários serviços e contextos da criança e procurar que estes se relacionem e comuniquem entre si; (8) estar disponível para ouvir e ajudar as famílias (CCD, 2001).

Em conformidade com o CCD (2001), a AAP (2009) salienta, ainda que, para o sucesso do rastreio do desenvolvimento, todos os profissionais deverão: comprometer-se a avaliar as crianças em risco o mais depressa possível, da forma mais correta possível e com um instrumento válido e fiável; estar preparados para trabalhar em equipa e com a mesma; averiguar possíveis fatores que poderão prejudicar a avaliação como a falta de recursos; identificar o melhor horário e o melhor local para a avaliação; estar disponíveis para dar formação a outros profissionais; e continuar os estudos científicos sobre a importância da vigilância do desenvolvimento da criança.

### **2.1.3. Intervenção Precoce: De que falamos?**

#### **2.1.3.1. Conceito e modelos teóricos de IP**

O conceito de intervenção precoce (IP) difere de autor para autor, no entanto, todas as definições consideram que o principal objetivo desta intervenção é o desenvolvimento da criança.

Thurman (1997) refere-se à intervenção precoce como uma colaboração entre as famílias, os serviços e os recursos disponíveis de forma a potenciar o desenvolvimento da criança.

Dunst e Bruder (2002) definem intervenção precoce como uma prática que inclui serviços e apoios para combater as necessidades e dificuldades das crianças. A disponibilização de recursos à família é uma forma de incentivar à sua participação no processo de progresso e desenvolvimento global da criança.

Por sua vez, Almeida (2010) sugere que a intervenção precoce engloba a disponibilização de serviços, recursos e apoios, nos vários contextos diários, às crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos, com necessidades especiais e incapacidades, em risco grave ou com atraso do desenvolvimento, tal como à sua família.

Assim, a Intervenção Precoce tem como principais objetivos: criar condições que contribuam para o desenvolvimento da criança, através da eliminação ou diminuição do efeito dos fatores de risco; promover a integração da criança nos vários contextos em que está inserida; estruturar redes de apoio para as crianças e as suas famílias; e desenvolver uma base emocional positiva que permita à criança estabelecer novas relações interpessoais e a fortalecer as existentes (Franco 2007).

As bases teóricas, que fundamentam a intervenção precoce, assentam em vários modelos, nomeadamente: o modelo Transacional de Sameroff e Chandler (Sameroff & Fiese, 2000), o modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 1994) e o modelo Bioecológico (Bronfenbrenner & Morris, 2006) e o modelo do Apoio Social de Dunst (Dunst, 2000).

O modelo Transacional de Sameroff e Chandler define que o desenvolvimento é influenciado por interações contínuas e bidirecionais entre a criança e as suas vivências no seu contexto familiar e social. Desta forma, as situações em que se considera que a criança está em risco biológico ou social poderão ser amenizadas, pela implementação de estratégias e condições favoráveis ao desenvolvimento (Sameroff & Fiese, 2000).

Segundo este modelo, as características do meio e da criança influenciam-se reciprocamente, o que implica que a intervenção se deve focar em ambos (Sameroff & Fiese, 2000). Segundo Cruz, Fontes e Carvalho (2003), este modelo sugere que a Intervenção Precoce tem a capacidade para reverter situações de risco, caso esta intervenção se dirija às necessidades do contexto em que a criança está inserida, procurando eliminar os fatores de risco aí presentes.

Este modelo funciona como um sistema regulador em que se considera que todo o comportamento da criança advém da interação entre três níveis reguladores, sendo estes: o mesótipo, o fenótipo e o genótipo. O mesótipo, definido pelo próprio autor do modelo, diz respeito ao nível de organização social que condiciona a adaptação da criança à sociedade tendo em conta os valores familiares e culturais. Por sua vez, o genótipo consiste no nível de organização biológico que contribui para o desenvolvimento físico da criança. Por fim, o fenótipo corresponde às características da criança, que ao longo do tempo se modificam (Sameroff & Fiese, 2000; Tegethoff, 2007).

De acordo com os mesmos autores, no processo de intervenção, segundo o modelo de transacional é também necessário ter em atenção ao impacto das regulações desenvolvimentais, as quais se denominam como macro, mini e microrregulações. As primeiras, associadas ao código social, consistem nas mudanças que ocorrem na vida dos indivíduos que se prolongam pelo tempo e potenciam o desenvolvimento social em cada cultura, as minirregulações dizem respeito às atividades diárias de prestação de cuidados que por sua vez estão associadas ao contexto familiar e, por fim, as microrregulações implicam as interações entre a criança e o prestador de cuidados (Sameroff & Fiese, 2000; Tegethoff, 2007).

Um dos principais contributos deste modelo teórico consiste na identificação e definição dos alvos da intervenção e dos respetivos objetivos e estratégias necessárias, na medida em que, considerando esta dinâmica desenvolvimental, é facilmente perceptível quais as dificuldades, necessidades e pontos fortes da criança. Assim, é possível entender em que nível regulador a intervenção se deve focar para potenciar o seu sucesso (Tegethoff, 2007).

Por outro lado, o modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner considera um conjunto hierárquico de quatro sistemas que afetam o desenvolvimento humano: o *microssistema*, constituído pelas relações interpessoais e os locais em que a criança passa a maior parte do seu tempo; o *mesossistema*, que interliga os diferentes microssistemas da criança, como a escola e a sua casa; o *exossistema*, constituído pelas estruturas sociais como o serviço de saúde, ou o serviço social, que poderão não ter um papel direto sobre a criança e o seu desenvolvimento mas que irão ter um efeito sobre os seus *microssistemas*; e o *macrossistema*, que consiste nas ideologias, no sistema social, nos marcos históricos e no sistema de valores e crenças pertencentes à cultura da criança e da sua família (Boavida, 1995; Bronfenbrenner, 1994; Thurman, 1997).

Este modelo, influencia a intervenção precoce, considerando o conceito de ecologia e sugerindo que a sua atuação tem de se dirigir aos vários contextos da criança, em vez de se focar apenas nesta (Cruz et al., 2003).

A ecologia é, assim, definida por este modelo como a interação dos sistemas em que o indivíduo vive e no respetivo impacto que o meio envolvente tem sobre este e vice-versa. Esta perceção da ecologia da criança permite recolher informações fundamentais sobre as suas características e dos seus contextos diários onde decorrem as suas interações sociais. Assim, qualquer alteração no contexto conduz a alterações na criança nomeadamente no seu crescimento e desenvolvimento (Thurman, 1997).

Bronfenbrenner e Morris (2006) sugerem o modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano, que tem por base o modelo Ecológico. Enquanto o modelo Ecológico se centra nos contextos da criança, o modelo Bioecológico considera igualmente importante considerar as características biopsicológicas da criança e as interações entre os indivíduos nestes contextos. Assim, o elemento fundamental deste modelo consiste nas experiências da criança implicando a forma como esta as vivencia e o contexto onde decorrem.

Assim, o modelo Bioecológico aponta para a interação de quatro componentes e para o seu contributo no desenvolvimento da criança. A primeira componente, o processo, refere-se à interação entre a criança e o contexto, considerando-se como processo proximal, o processo que influenciam diretamente o desenvolvimento da criança. A pessoa, a segunda componente, diz respeito às características biopsicológicas que têm um impacto mais evidente nos processos proximais. O contexto, a terceira componente, consiste na inter-relação dos sistemas em que a criança está inserida desde o micro aos macrossistemas, com especial evidência de que o microssistema inclui as características da criança, da sua família e sociedade. Por fim, a componente tempo considera o micro, o meso e o macro-tempo, sendo estes entendidos como o período de tempo em que decorrem os processos proximais (Bronfenbrenner & Morris, 2006; Tegethoff, 2007).

Este modelo defende que, na intervenção precoce, deverá considerar-se que o desenvolvimento da criança decorre da realização de atividades, durante longos períodos de tempo, ao longo dos quais estas se vão complexificando e não apenas se repetindo. Por sua vez, as interações sociais, ou com objetos e símbolos, resultantes da concretização destas atividades, contribuirão para a exploração do meio envolvente, para a manipulação de objetos e para a imaginação da criança (Tegethoff, 2007).

Como modelo teórico da intervenção precoce, Dunst (2000) referencia o modelo do apoio social, atualmente considerado como um modelo da terceira geração. Este modelo relaciona o desenvolvimento da criança com o comportamento e desenvolvimento da sua família, evidenciando a importância das redes de apoio para a família e o modo como a intervenção precoce é essencial enquanto rede de apoio social (Pereira & Serrano, 2010; Almeida, 2010).

Desta forma, este modelo apresenta quatro componentes, que deverão ser asseguradas pela intervenção precoce: as oportunidades de aprendizagem da criança, o apoio às competências dos pais, os recursos da família/comunidade e as práticas de ajuda centradas na família (Dunst, 2005; Dunst, Raab, Trivette & Swanson, 2010). Para além disso, e de acordo com a interseção entre estas quatro componentes, é essencial no processo de intervenção precoce atender aos contextos da vida diária, aos estilos de interação familiar e às oportunidades de participação dos pais neste processo (Almeida, 2010).

Segundo este modelo, a intervenção precoce deverá assim constituir-se como uma rede de apoio à família, disponibilizando recursos às famílias das crianças e



contribuindo, de forma direta ou indireta para o progresso da criança e para o funcionamento do contexto familiar (Dunst 2000; 2005; Dunst et al., 2010). Este foco sobre o papel da intervenção precoce sobre a família reflete-se na relação entre ambos e também na avaliação, na estruturação dos objetivos terapêuticos e, dos respetivos, apoios e recursos que serão necessários à criança e à sua família (Pereira & Serrano, 2010).

Para além dos modelos teóricos, utilizados como base da intervenção precoce, são referenciados, segundo Franco (2007), princípios fundamentais da intervenção precoce e outras contribuições teóricas, sendo estes: o princípio da globalidade, uma vez que deverá considerar a criança como um todo em que o apoio deverá ter sempre em conta todos os domínios do desenvolvimento; o princípio da contextualidade que se traduz na consideração quer do contexto familiar quer dos contextos social e cultural da criança aquando a intervenção; e por último, o princípio da oportunidade que evidencia que a Intervenção Precoce deverá iniciar-se antes do problema em questão surgir, como medida preventiva, ou assim que detetado o problema, como consequência da deteção precoce.

Quanto às contribuições teóricas para a intervenção precoce e os seus objetivos, Franco (2007) enuncia as influências das neurociências, das investigações realizadas no âmbito do desenvolvimento do bebé e das perspetivas contextuais e ecológicas do desenvolvimento. As neurociências evidenciam a fragilidade e a plasticidade cerebral do bebé, referindo que a fragilidade cerebral do bebé o coloca mais exposto perante situações de risco mas, no entanto, a sua maior plasticidade cerebral permite que com uma intervenção atempada e precoce, se verifiquem progressos desenvolvimentais em curtos períodos de tempo. As investigações sobre o desenvolvimento do bebé concluem que a relação mãe-bebé e as outras relações mais proximais do bebé têm uma forte contribuição para o seu desenvolvimento, devendo-se, assim, intervir junto da mãe e das relações proximais do bebé. Por fim, as perspetivas contextuais e ecológicas acrescentam às investigações, mencionadas anteriormente, que não se deverá considerar apenas o peso das relações proximais mas sim de todas as relações interpessoais e de todos os contextos em que o bebé está inserido (Franco, 2007).

#### **2.1.3.2. Práticas Recomendadas na Intervenção Precoce**

A conjugação das diferentes normas e valores da comunidade com os estudos empíricos realizados contribuem para o progresso e o desenvolvimento da intervenção precoce, nomeadamente, no que diz respeito às práticas recomendadas nesta área

(Thurman, 1997). Assim, tais práticas estão em constante mudança devido ao progresso dos conceitos, dos modelos de intervenção e dos resultados dos estudos realizados no âmbito da intervenção precoce (Tegethoff, 2007).

Quer isto dizer, que à medida que foram considerados novos fatores fundamentais a ter em atenção no processo de intervenção precoce surgiram novas práticas recomendadas. Desta forma, às práticas recomendadas relativas à participação e colaboração da família acrescentaram-se as práticas associadas ao papel da equipa técnica e as práticas associadas à intervenção em contextos naturais. Estas últimas, surgiram após a conclusão de que a otimização dos contextos, nos quais a criança aprende, vivencia novas experiências e acede a novas oportunidades, é um aspeto essencial para que a intervenção precoce decorra com o máximo de sucesso (Dunst et al., 2010; Division for Early Childhood [DEC], 2014).

Em 1998, Gallagher, LaMontagne e Johnson referem-se às práticas recomendadas na intervenção precoce dirigindo-as à família e à equipa de profissionais de IP. Para estes autores, a satisfação das necessidades da criança e da sua família, advém da estruturação de um plano dinâmico de intervenção, com base nas informações partilhadas por ambos, que inclua serviços flexíveis, uma vez que consideram que a criança e a sua família estão em constante mudança, alterando-se assim as suas necessidades ao longo do tempo (Gallagher et al., 1998). Por sua vez, Tegethoff, em 2007, acrescenta que o conhecimento das características da família e da criança tal como das suas rotinas permite à equipa incluir a sua intervenção nos seus contextos do dia a dia, o que conduz a uma intervenção no envolvimento proximal da criança com a utilização dos recursos mais próximos desta (Tegethoff, 2007).

Quanto às práticas recomendadas para a equipa de profissionais de intervenção precoce, Gallagher et al. (1998) defendiam que esta deveria estabelecer uma relação de interajuda, colaboração e confiança com a família, e planificar e implementar um conjunto de serviços e recursos de intervenção apropriados às necessidades das crianças e das suas famílias. Posteriormente, Rapport, McWilliam & Smith (2004) acrescentam que, também entre a própria equipa de intervenção precoce, deverá seguir-se um conjunto de práticas recomendadas que estão associadas ao trabalho entre profissionais de diferentes áreas. Estes deverão respeitar e apoiar-se mutuamente como intuito de providenciar o sucesso da intervenção precoce. Para além disso, afirmam que esta deverá implementar políticas de intervenção baseadas nas práticas recomendadas, trabalhando sobre o modelo de transdisciplinaridade sobre as diferentes áreas do desenvolvimento da criança (Rapport et al., 2004).

Em 2010, Mendes, Pinto e Pimentel (2010) sugerem a importância da formação frequente da equipa de intervenção, da supervisão das práticas em intervenção precoce, e da necessidade de se criar programas de apoio em que haja uma cooperação entre os profissionais de diversas áreas para a definição dos objetivos, para a recolha do máximo de informação sobre a criança e a sua família, e para incentivar a família a participar ativamente, com cada profissional, no processo de intervenção.

Ainda em 2010, McWilliam (2010) especifica as práticas recomendadas para os contextos naturais da criança, como a creche. Desta forma, aponta para a importância do técnico partilhar com a educadora os seus objetivos para que em conjunto discutam outros objetivos ou estratégias a aplicar para os alcançar. Sendo este um trabalho entre profissionais de diferentes áreas, quer os técnicos quer a equipa da creche, deverão discutir algumas regras que permitam evitar situações desagradáveis ou de conflito. Quer isto dizer, que deverá, obrigatoriamente, de existir disponibilidade e cooperação de ambas as partes. Para além disso, o autor refere, ainda, que tudo o que for relevante sobre as rotinas ou o contexto natural, quer para os técnicos, quer para a equipa de creche, deverá ser mutuamente partilhado e discutido para que assim, em ambos os contextos, seja possível existir os ajustamentos necessários, com o parecer de ambos os intervenientes.

Almeida, Carvalho, Ferreira, Grande, Lopes, Pinto, Portugal, Santos e Serrano (2011) referem que a intervenção deverá ter sempre em conta as rotinas da criança e da família, salientando a importância de perceber as atividades e os hábitos destes, mas também de relembrar à família, aos professores ou educadores de infância da criança que cada momento do dia a dia e cada atividade realizada são janelas de oportunidades para a aprendizagem e o progresso no desenvolvimento da criança.

Recentemente, a DEC (2014) publicou um conjunto de práticas recomendadas na intervenção precoce que constituem linhas orientadoras para as famílias e os técnicos sobre como potenciar novas aprendizagens e promover o desenvolvimento de crianças até aos 5 anos de idade que apresentam ou estão em risco de desenvolver atrasos no desenvolvimento. De forma geral, este documento agrupa um conjunto de práticas que foram, ao longo do tempo e por diferentes autores, sendo identificadas como eficazes (DEC, 2014).

Assim, relativamente às práticas recomendadas relativas à família, a DEC (2014) considera essencial que os profissionais estabeleçam, com a família, uma relação baseada na confiança e no respeito, tendo sempre em consideração a sua cultura,

língua e diversidade socioeconómica. Para além disso, a família deverá receber informação, de forma clara, para facilitar as suas decisões em relação à criança e à sua família, quer sobre o seu papel no processo de intervenção quer sobre os seus direitos. A família deverá, ainda, sentir que poderá falar com os profissionais sobre as suas dúvidas, prioridades, preocupações e decisões relacionadas com mudanças de vida e ter consciência de que tem direito a participar em todo o planeamento de objetivos e na implementação de práticas, que vão ao encontro das suas necessidades e da criança (DEC, 2014).

Todas as práticas recomendadas sobre o papel e o trabalho com a família têm como principal intuito incluir a família em todas as decisões e em todos os momentos da intervenção precoce. Por sua vez, é importante referir que este incentivo, à participação da família, tem como objetivo promover o sentimento de competência e ajudar a família a adquirir novas estratégias e competências para lidar com as suas necessidades e as da criança (DEC, 2014).

Tal como referido por Tegethoff (2007), também a DEC (2014) volta a reforçar que a colaboração e o espírito de equipa são essenciais para o sucesso da intervenção precoce. Como tal, a equipa de intervenção precoce deverá partilhar todo o conhecimento, recursos, estratégias e serviços entre os seus membros e com família, acompanhando-a regularmente. Todos os participantes neste processo de intervenção deverão comunicar toda a informação sobre as necessidades e dificuldades da criança e da família, e utilizar as melhores estratégias para promover uma relação interpessoal de colaboração e de mútua participação.

Por sua vez, quanto às práticas recomendadas centradas no contexto, a DEC (2014) refere que é essencial considerar os aspetos: temporais, como as rotinas e atividades diárias; sociais, como as interações com os pares, e a família; e os físicos e materiais, como a sala e os brinquedos. Estas práticas salientam a importância de disponibilizar serviços e apoios, tecnológicos ou não, quer nos contextos naturais quer nos contextos inclusivos, e de modificar o contexto físico e social, durante as rotinas e atividades da criança, de forma a facilitar a sua participação em novas aprendizagens.

Para além das práticas recomendadas anteriormente, a DEC (2014) também apresenta um conjunto de práticas recomendadas sobre a avaliação na intervenção precoce. Esta consiste numa peça fundamental para toda a intervenção, uma vez que, através da avaliação é possível determinar as necessidades da criança e da sua família e, por sua vez, definir quais os melhores apoios, recursos e serviços para ambos. Assim, é importante que exista um trabalho cooperativo entre os profissionais

e a família, de modo a obter o máximo de informação possível, considerando a rotina diária da criança e da sua família e utilizando todos os materiais, recursos e estratégias apropriadas à idade e ao desenvolvimento da criança. Ainda no que consta sobre o processo de avaliação propriamente dito, é recomendado determinar quais as melhores ferramentas que permitem a deteção dos progressos da criança nas avaliações intermédias, e transmitir, de forma clara e prática, todas as informações e conclusões retiradas das avaliações, à família (DEC, 2014).

Por fim, a DEC (2014) acredita que, através da implementação destas práticas, as famílias e os técnicos poderão desempenhar um papel mais relevante no desenvolvimento e progresso das crianças, com ou em risco de atraso no desenvolvimento, e estas, por sua vez, têm maiores probabilidades de progredirem com sucesso.

#### **2.1.3.3. O papel da família na intervenção precoce**

Até ao final dos anos setenta, a intervenção precoce dirigia-se apenas à criança sem considerar os contextos familiar, educacional e comunitário. A partir de então, as práticas da intervenção precoce começaram a focar-se na família, através da relação colaborativa entre a família e a equipa de intervenção, procurando também dar resposta às suas necessidades e dificuldades (Pimentel, 2005).

Esta inclusão da família no processo de intervenção precoce advém dos estudos que confirmam o impacto da família sobre o desenvolvimento da criança, evidenciando a importância de intervir junto do contexto familiar da criança para que o efeito sobre o seu desenvolvimento e progresso seja mais amplo (Tegethoff, 2007).

Assim, a família, definida como um conjunto organizado de interações recíprocas e transacionais entre pessoas de diferentes gerações, deverá constituir o núcleo central da educação da criança e contribuir para o sentimento de pertença, por parte desta, e para o seu desenvolvimento (Varanda, 2011). Esta caracteriza-se pelas suas estruturas, interações, funções e o seu ciclo vital que, segundo Cornwell & Korteland (1997), sob a influência da perspetiva sistémica, deverão constituir a base teórica da intervenção precoce junto da família.

Para Cornwell e Korteland (1997), ao averiguar a estrutura da família, a equipa de intervenção precoce poderá perceber a composição e a organização da família da criança para que assim consiga estabelecer uma relação colaborativa com esta. Por outro lado, para Tegethof (2007) conhecer a estrutura da família, implica conhecer as características da família, as características individuais de cada membro familiar e as

características das necessidades educativas especiais. Desta forma, são avaliadas as necessidades, as dificuldades e as preocupações da família e adaptadas as estratégias aos seus valores e princípios familiares (Tegethof, 2007).

Conhecer as interações familiares implica conhecer os vários subsistemas em que a criança e a sua família estão inseridas (Cornwell & Korteland, 1997). Estes subsistemas que se consideram nas interações familiares vão desde o conjugal, o parental, o dos irmãos e do extra-familiar (Tegethof, 2007).

Por sua vez, o conhecimento sobre as funções familiares, que constituem as atividades realizadas para satisfazer as suas necessidades, permite à equipa de intervenção precoce estruturar as estratégias mais apropriadas a cada família, para que consigam adaptar-se e lidar com as suas dificuldades e necessidades (Cornwell & Korteland, 1997). Segundo Tegethof (2007) as funções da vida social e das atividades de recreio são as funções menos priorizadas no contexto familiar. Por outro lado, as funções económicas, domésticas e de cuidados da saúde são as funções apontadas pelas famílias como as mais importantes a considerar e a priorizar.

Por fim, segundo a perspetiva sistémica é, igualmente, relevante considerar e conhecer o ciclo vital da família no qual se intervém, uma vez que as alterações que se verificam, ao longo do tempo, poderão potenciar situações de instabilidade e *stress* para as famílias condicionando assim o seu funcionamento e as suas rotinas familiares (Tegethoff, 2007).

Segundo Dunst, Trivette & Deal (1994), após analisadas todas características da família, os principais objetivos no trabalho com esta são, a capacitação, a corresponsabilização e o *empowerment*, em que: a capacitação diz respeito a desenvolver oportunidades para que os membros da família se sintam autónomos e competentes para satisfazerem as suas necessidades e atingirem os seus objetivos; a corresponsabilização implica a aquisição do sentido de controlo e responsabilidade sobre a sua vida através do alcance dos objetivos definidos pela família; o conceito de *empowerment* da família está associado ao princípio de apoiar, promover e encorajar a mesma, considerando e reforçando sempre as suas qualidades e pontos fortes para assim a motivar para o futuro (Dunst et al., 1994).

Para além dos contributos da família na intervenção precoce, citados anteriormente, a família deverá ainda: garantir um ambiente estimulante e estruturado à criança; apoiá-la social e emocionalmente, potenciando o sentimento de segurança, a autoconfiança e a autoestima; garantir a segurança criança: e acompanhar o seu processo de

aprendizagem estando disponível para a ajudar nas suas dificuldades (Cruz & Abreu-Lima, 2012).

Segundo Simeonsson (s/d), o papel da família também é fundamental no processo de avaliação na intervenção precoce porque esta constitui uma fonte de informação sobre a criança e sobre as suas vivências, necessidades e dificuldades (Gallagher et al., 1998). A sua participação no processo de avaliação, contribuirá para uma perceção mais realista da criança, da sua família e das expetativas familiares sobre a criança e até sobre o processo de intervenção, permitindo à equipa transdisciplinar confirmar os resultados obtidos na sua avaliação, estruturar estratégias, de acordo com as suas necessidades, e desta forma, aproveitar esta participação para iniciar o processo de intervenção propriamente dito (Simeonsson, s/d).

A participação da família, desde o início da intervenção precoce, facilitará o seu envolvimento na tomada de decisões, espelhará o tipo de participação que pretende ter no processo de intervenção precoce (Cruz et al., 2003) e permitirá à família ter autonomia, no que diz respeito, a satisfazer as suas necessidades, logo, é essencial garantir uma relação positiva de colaboração e apoio entre técnicos e família, em que esta sente que pode contar com o apoio, compreensão e cooperação dos técnicos (Fernandes, 2008). Para que este tipo de relação se desenvolva é importante que a família respeite e confie na equipa, que os serviços e recursos da intervenção precoce que são apresentados à família estejam preparados para a apoiar independentemente das suas características ou diferenças das famílias típicas, e que a família esteja disposta a discutir e negociar decisões e estratégias com a equipa dando oportunidade à equipa de se explicar e defender a sua perspetiva (Cornwell et Korteland, 1997).

#### **2.1.3.4. Intervenção Precoce em Portugal: o Decreto-Lei nº 281/2009**

Particularmente nos anos 90, com influência das novas filosofias referentes aos modelos centrados na família, em grande desenvolvimento nos Estados Unidos da América e, recentemente, introduzidas na Europa, iniciou-se a estruturação da Intervenção Precoce em Portugal, através de várias iniciativas, nomeadamente:

- O Projeto Integrado de Intervenção Precoce do Distrito de Coimbra, criado em 1989, o qual, entre outros, se constituiu como um projeto modelo e inspirador de novos projetos de IP a nível nacional que visavam implementar um modelo idêntico: *“coordenado, multidisciplinar e inter-serviços, envolvendo a saúde, a educação, a segurança social e utilizando os recursos da comunidade, com vista a proporcionar serviços de intervenção precoce às crianças, dos 0 aos 3 anos (excecionalmente até*

*aos 6 anos), com problemas de desenvolvimento ou em situação de risco e respetivas famílias” (Tegetoff, 2007,p. 294);*

- Em 1995, a regulamentação do programa “Ser Criança” do Ministério da Segurança Social que incluía linhas de financiamento específicas para a IP;
- A constituição da Associação Nacional de IP (ANIP) em 1998;
- A publicação o Despacho Conjunto 891/99.

Tendo como ponto de partida as iniciativas citadas anteriormente, atualmente, a intervenção precoce (IP) ou intervenção precoce na infância (IPI), em Portugal, encontra-se regulamentada com base no Decreto-Lei nº281/2009, publicado a 6 de Outubro no Diário da República e tem, como população-alvo, as crianças com alterações nas estruturas ou funções do corpo ou em risco de atraso grave de desenvolvimento. Neste mesmo documento legal, refere-se também que seja de natureza preventiva ou reabilitativa, a intervenção precoce tem o intuito de promover o desenvolvimento típico das crianças para garantir a sua participação na sociedade. O mesmo decreto-lei salienta ainda, que quanto mais cedo se aplicarem as medidas de intervenção maior será a autonomia e menor serão as limitações da criança, no seu futuro.

Segundo este Decreto-Lei, a Intervenção Precoce na Infância (IPI) é definida como *“um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social”* (Artigo 3.º, DL nº281/2009).

Desta forma, foi criado o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) em Portugal (Artigo 1.º, Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro, 2009). O SNIPI tem como população-alvo todas as crianças entre os 0 e os 6 anos, que apresentam alterações nas funções ou estruturas do corpo que condicionam o seu envolvimento em atividades adequadas à sua idade e contexto social ou que apresentam risco grave de atraso de desenvolvimento seja a nível biológico, psicoafetivo ou ambiental. Para além disso, as famílias destas crianças também constituem população-alvo do SNIPI (DLnº281/2009).

O SNIPI tem cinco objetivos fundamentais:

- “a) Assegurar às crianças a protecção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de acções de IPI em todo o território nacional;*
- b) Detectar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações*



*nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento; c) Intervir, após a detecção e sinalização nos termos da alínea anterior, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento; d) Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação; e) Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social” (Artigo 4.º, DL nº281/2009).*

O SNIPI defende a elaboração do Plano Individual da Intervenção Precoce (PIIP) que se baseia na avaliação da criança no seu contexto familiar, e na consequente decisão sobre as medidas e iniciativas que deverão ser concretizadas de forma a garantir o sucesso da intervenção precoce e uma parceria adequada entre os serviços e instituições (Artigo 8.º, DL nº281/2009; Brandão & Reixa, 2012;).

No PIIP deverá estar contida a seguinte informação:

*“Identificação dos recursos e necessidades da criança e da família; b) Identificação dos apoios a prestar; c) Indicação da data do início da execução do plano e do período provável da sua duração; d) Definição da periodicidade da realização das avaliações, realizadas junto das crianças e das famílias, bem como do desenvolvimento das respectivas capacidades de adaptação; e) Procedimentos que permitam acompanhar o processo de transição da criança para o contexto educativo formal, nomeadamente o escolar; f) O PIIP deve articular -se com o PEI, aquando da transição de crianças para a frequência de jardins -de -infância ou escolas básicas do 1.º ciclo” (Artigo 8.º, DL nº281/2009).*

O artigo 7.º do Decreto-Lei nº281/2009 apresenta as equipas locais de intervenção (ELIs) a nível local que deverão ser constituídas por educadores de infância de intervenção precoce, enfermeiros, médicos de família/pediatras, assistentes sociais, psicólogos e terapeutas de outras áreas. Estas equipas, sediadas nos centros de saúde e ou em outras instalações, tem como principais funções: identificar as crianças e as famílias que poderão ser abrangidas pelo SNIPI; avaliar periodicamente as crianças e as famílias que não estão abrangidas pelo SNIPI mas cujos fatores de risco poderão progredir; conduzir as crianças e as famílias que não são abrangidas pelo SNIPI mas que apresentam dificuldades económicas e sociais; concretizar o Plano Individual de Intervenção Precoce de acordo com a problemática em questão;

averiguar as necessidades e os recursos disponíveis na comunidade de forma a organizar redes de apoio formais e informais; contatar com as comissões de proteção de crianças e jovens em risco ou outras entidades de apoio na área da proteção infantil; garantir que todas as crianças seguem processos de transição adequados aos programas, serviços e contextos educativos; dialogar e intervir com o apoio e a participação dos profissionais das instituições que as crianças frequentam; incentivar a família a participar no processo de avaliação e intervenção; incentivar ao trabalho em equipa entre os vários participantes do processo de intervenção (Artigo 7.º, DL nº281/2009; Brandão & Reixa, 2012)

O funcionamento do SNIPI é assegurado pela articulação entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação e as famílias das crianças sinalizadas (Artigo 5.º, DL nº281/2009).

O Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social é responsável por:

*“i) Promover a cooperação activa com as IPSS e equiparadas, de modo a celebrar acordos de cooperação para efeitos de contratação de profissionais de serviço social, terapeutas e psicólogos; ii) Promover a acessibilidade a serviços de creche ou de ama, ou outros apoios prestados no domicílio por entidades institucionais, através de equipas multidisciplinares, assegurando em conformidade o Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) aplicável; iii) Designar profissionais dos centros distritais do Instituto da Segurança Social, I. P., para as equipas de coordenação regional”* (Artigo 5.º, DL nº281/2009).

O Ministério da Saúde deverá:

*“i) Assegurar a detecção, sinalização e accionamento do processo de IPI; ii) Encaminhar as crianças para consultas ou centros de desenvolvimento, para efeitos de diagnóstico e orientação especializada, assegurando a exequibilidade do PIIP aplicável; iii) Designar profissionais para as equipas de coordenação regional; iv) Assegurar a contratação de profissionais para a constituição de equipas de IPI, na rede de cuidados de saúde primários e nos hospitais, integrando profissionais de saúde com qualificação adequada às necessidades de cada criança”* (Artigo 4.º, DL nº281/2009).

Por fim, ao Ministério da Educação cabe:

*“i) Organizar uma rede de agrupamentos de escolas de referência para IPI, que integre docentes dessa área de intervenção, pertencentes aos quadros ou contratados pelo Ministério da Educação; ii) Assegurar, através da rede de*

*agrupamentos de escolas referência, a articulação com os serviços de saúde e de segurança social; iii) Assegurar as medidas educativas previstas no PIIP através dos docentes da rede de agrupamentos de escolas de referência que, nestes casos, integram as equipas locais do SNIPI; iv) Assegurar através dos docentes da rede de agrupamentos de escola de referência, a transição das medidas previstas no PIIP para o Programa Educativo Individual (PEI), de acordo com o determinado no artigo 8.º do Decreto -Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro, alterado pela Lei n.º 21/2008, de 12 de Maio, sempre que a criança frequente a educação pré -escolar; v) Designar profissionais para as equipas de coordenação regional” (Artigo 4.º, DL nº281/2009).*

## **2.1.4. Intervir Precocemente na Creche**

### **2.1.4.1. Contexto Creche**

A creche consiste num contexto socioeducativo, que abrange crianças até aos 3 anos de idade, devendo prestar apoio ao desenvolvimento da criança mas também à sua família (Artigo 3.º, Portaria nº262/2001). O ambiente e a rotina do contexto creche deverá incluir cuidados higiénicos, alimentares, cuidados associados a necessidades específicas de cada criança, atividades lúdicas e pedagógicas e um trabalho colaborativo com a família na medida em que a equipa deverá disponibilizar-se para partilhar informações quer sobre o funcionamento da creche quer sobre o desenvolvimento infantil (Artigo 5.º, Portaria nº262/2001).

Bullard (2010), que considera que o envolvimento em que a criança está inserida condiciona a forma como se relaciona com os outros e se empenha nas suas atividades e nas novas aprendizagens, defende que o contexto da creche é um fator condicionante no desenvolvimento e na aprendizagem da criança por duas razões principais. Em primeiro lugar, porque as crianças que estão na creche estão numa idade em que o processo de desenvolvimento cerebral ocorre de forma rápida em que quanto melhores as aprendizagens e vivências melhor decorrerá este processo de desenvolvimento. Por outro lado, porque o contexto da creche é um dos contextos no qual a criança passa a maior parte do seu tempo.

The National Association for the Education of Young Children (NAEYC) e The National Association of Early Childhood Specialists in State Departments of Education (NAECS/SDE) (2002), para além de se referirem ao desenvolvimento intelectual, da linguagem, do desenvolvimento físico e emocional, referem ainda que o contexto creche condiciona também o futuro académico e as suas competências sociais.

O impacto positivo do contexto da creche no desenvolvimento infantil provém da capacidade dos profissionais para estruturarem um ambiente pedagógico rico em estímulos e estratégias no qual a criança se sente bem e motivada para explorar. Assim, para que os efeitos positivos de um bom ambiente da creche sobre o desenvolvimento se verifiquem, é fundamental que os profissionais que lá trabalham tenham sempre em consideração as práticas pedagógicas que utilizam, o currículo pedagógico que estruturam, o tipo de acompanhamento, a avaliação das crianças e a forma como comunicam e como realizam a gestão da creche (Organisation for EconomicCo-operation and Development – [OECD], 2012).

No entanto, nem todas as creches apresentam um grau de qualidade suficiente que permita promover o desenvolvimento infantil, pois não correspondem às várias dimensões de qualidade das creches: os recursos humanos, as atividades e estruturas do programa, as infraestruturas, a saúde e saneamento e, por fim, as relações com os pais e as relações comunitárias (Barros, Carvalho, Franco, Mendonça, & Rosalém, 2011).

Bullard (2010) salienta que um contexto de creche bem estruturado e organizado proporciona à criança inúmeras oportunidades para adquirir novas aprendizagens e construir o seu conhecimento através das experiências e vivências decorrentes do contato direto com o envolvimento. Assim, este autor considera, que para garantir um contexto de creche rico e promotor do desenvolvimento infantil, este deverá: atender a todas as áreas do desenvolvimento, incluindo a sua autonomia e capacidade de auto-controlo, que são essenciais para a construção do seu auto-conceito; estar adaptado aos diferentes níveis de desenvolvimento, uma vez que as crianças não terão todas a mesma idade; incluir materiais associadas à cultura e aos valores da comunidade em que está inserida a criança e a sua família tais como fotografias em família, músicas, livros, entre outros; proporcionar desafios com diferentes graus de dificuldade à criança para que esta os supere gradualmente; e disponibilizar a prática de determinadas ações ou o aperfeiçoamento de certas competências da forma mais real possível como por exemplo levar à boca uma colher; ser um local de conforto, tranquilidade e com relações interpessoais positivas.

Por sua vez, Barros (2007) refere-se às práticas dos *programas desenvolvimentais adequados* apresentadas pela NAEYC, para salientar que fatores deverão ser considerados para promover o desenvolvimento das crianças, nomeadamente em creches. De acordo com a mesma fonte, estas práticas estão interrelacionadas e salientam a importância de: (1) desenvolver uma comunidade interessada em

aprender e em ensinar, em que se verifiquem relações positivas entre os adultos e as crianças e um ambiente de aprendizagem organizado, seguro, com uma diversidade de materiais que proporcionem às crianças novas aprendizagens; (2) incentivar ao ensino que promova o desenvolvimento global da criança e a aquisição de novos conhecimentos através de atividades de aprendizagem e da interação com os pares; (3) estruturar um currículo rico apropriado para a idade das crianças, que inclua a transmissão de valores sociais e culturais tal como a participação dos pais; (4) avaliar o desenvolvimento e aprendizagem da criança de forma a facilitar a elaboração do currículo apropriado; (5) estabelecer uma relação de cooperação e diálogo com a família de cada criança de forma a permitir conhecer o contexto em que se insere.

NAEYC e NAECS/SDE (2002) acrescentam que todos contributos do contexto creche para o desenvolvimento infantil só poderão ser alcançados caso as creches: estruturam atividades apropriadas ao nível de desenvolvimento das crianças proporcionando-lhes oportunidades para vivenciar novas sensações, baseadas no princípio da inclusão de todas as crianças; implementem estratégias e reajustem as mesmas quando necessário para se tornarem o mais adequado possível para as crianças; estabeleçam uma rede apoio entre os profissionais e as famílias.

Por outro lado, Post e Hohmann (2003) que, também defendem que contexto da creche deverá ser um ambiente de aprendizagem ativa para os bebés e crianças que contribua para o desenvolvimento físico, cognitivo, social e comunicativo dos bebés e crianças, especificam que é essencial ter em conta a organização do espaço, os materiais, as rotinas e horários assim como a equipa de educadores e a relação destes com os pais.

Assim, a organização do espaço e os materiais disponíveis na sala deverão ser ambos confortáveis, seguros, e facilitadores de aprendizagens sensoriomotoras. O espaço físico deverá estar dividido por diferentes áreas como a zona dos blocos, a zona dos livros, a zona dos brinquedos, ter um espaço de chão livre para facilitar a observação das diferentes áreas da sala, incluir mobiliário de fácil acesso e disposto com a máxima segurança e apresentar uma luminosidade suave, de forma a contribuir para o desenvolvimento visual tal como para a facilitar a boa disposição dos bebés e crianças (Post & Hohmann, 2003).

Para além dos aspetos físicos e organizacionais a considerar na estruturação de um contexto de creche promotor do desenvolvimento da criança, é de igual importância que se estabeleça uma relação positiva, baseada na colaboração e diálogo, entre a equipa da creche e os pais. Esta relação transmitirá aos pais um sentimento de bem-

estar e de segurança em deixarem os seus filhos numa creche em que podem contar com a ajuda da equipa da creche com quem podem dialogar sobre o desenvolvimento da criança, dúvidas, interesses, entre outros temas, aumentando assim o grau de confiança sobre as suas competências parentais (Post & Hohmann, 2003).

No entanto, não é só a creche que tem um papel ativo sobre o contexto familiar da criança uma vez que os pais, como fonte principal de informação sobre a criança, poderão ajudar a equipa de creche a conhecer, melhor e mais rapidamente, como a criança se desenvolve e aprende através da sua participação e colaboração (OECD, 2012).

Ainda no contexto creche, a equipa da creche tem um papel na prevenção e no despiste precoce de qualquer perturbação de desenvolvimento, inadaptação ou situação de risco na medida em que deverá alertar e encaminhar nos casos de alarme, e articular com diferentes serviços da comunidade para que se possa apoiar destes perante qualquer dificuldade (Artigo 4.º, Portaria nº262/2001).

#### **2.1.4.2. A intervenção precoce no contexto creche**

O contexto creche constitui um exemplo de um contexto natural, isto é, um espaço chave no qual a criança passa a maior parte do seu tempo (Hanft & Pilkington, 2000).

Bricker (2001) acrescenta que os contextos naturais constituem envolvimentos físicos autênticos, diferentes de criança para criança, com um impacto no desenvolvimento infantil sendo essencial reajustá-los, sempre que for preciso, de modo a dar resposta às suas necessidades.

Nos contextos naturais, as atividades e rotinas diárias constituem janelas de oportunidade para aprendizagens, que provêm de experiências que poderão ou não ser planeadas, estruturadas ou intencionais (Dunst, Trivette, Humphries, Raab & Roper, 2001), e que, quando coordenadas e previsíveis, proporcionam segurança e confiança à criança (Post & Hohmann, 2003), ajudam a desenvolver a sua identidade social e a potenciar a consciencialização das regras sociais que estarão interligadas com cada momento do dia a dia ou com cada atividade planeada (Leite, 2004). Assim, a intervenção em contextos naturais apoia-se nas atividades e rotinas diárias, proporcionando a oportunidade para observar o comportamento autêntico da criança na sua rotina diária, nas suas experiências e também nas suas dinâmicas sociais como, por exemplo, com a sua família (Hanft & Pilkington, 2000).

A partir de tal observação, é possível concluir sobre: a estrutura e a dinâmica do contexto natural e, de acordo com estas, reajustar e reestruturar o seu espaço físico

mas também os recursos do mesmo, tal como os materiais, os brinquedos, e a dinâmica de funcionamento; as necessidades e dificuldades da criança; as estratégias e os contextos naturais mais apropriados para trabalhar os objetivos terapêuticos; se é necessário ou não a intervenção de um especialista; onde serão disponibilizados os serviços e os recursos de forma a promover o crescimento e o desenvolvimento da criança (Hanft & Pilkington, 2000).

Erwin e Schreiber (1999) defendem que os apoios disponibilizados, para assegurar o sucesso da intervenção precoce nos contextos naturais, deverão ser inclusivos e não intrusivos, de modo a incentivar a participação da criança nas atividades diárias, e deverão promover as relações entre pares uma vez que as relações entre crianças produzem interações positivas com um feedback sobre o mundo diferente do feedback que provém das relações com os adultos.

Estes apoios deverão incluir a família e a creche, uma vez que ambos condicionam o progresso da criança na intervenção precoce, sendo assim fundamental estabelecer-se uma relação de colaboração, partilha e flexibilidade entre a família, a creche e a equipa de intervenção precoce (Erwin & Schreiber, 1999; Hanft & Pilkington, 2000).

Esta colaboração com a família facilita a integração da equipa de intervenção precoce na rotina da criança permitindo-lhe concluir sobre: o nível de desenvolvimento da criança, e assim intervir para alcançar um nível de desenvolvimento superior, e sobre os comportamentos, que necessitam de ser melhorados ou eliminados (Hanft & Pilkington, 2000).

Tendo em conta estas conclusões, são disponibilizadas à família e à creche um conjunto de estratégias intervenção assegurando a continuidade da intervenção mesmo sem os técnicos presentes, ajudando a família e a equipa da creche, a familiarizarem-se com a melhor forma de lidar com as necessidades e os comportamentos da criança e, por sua vez, maximizando as potencialidades desta através de atividades incluídas na sua rotina diária (Hanft & Pilkington, 2000).

A integração da intervenção no contexto de creche orienta não só a criança como também a própria equipa da creche para lidar, com segurança e organização, com situações imprevisíveis. Isto porque a estrutura organizada das suas rotinas e atividades tende a proporcionar uma maior autonomia e tranquilidade no contexto em questão (Brasil, 1998 cit. in Leite, 2014; Leite 2014), promovendo a aprendizagem ativa e desenvolvimento global da criança (Post & Hohmann, 2003).

Assim, é possível comprovar que este tipo de intervenção permite uma maior diversidade de observação do comportamento autêntico da criança, maior facilidade em integrar e generalizar as novas aprendizagens aos vários contextos da criança e facilita no desenvolvimento da relação proximal com a família e a creche da criança (Hanft & Pilkington, 2000).

Bricker (2001) destaca que o sucesso desta intervenção está associado à inclusão dos objetivos e do próprio plano de intervenção nas atividades diárias da criança e da sua família. Enquanto, Dunst et al. (2001) acrescentam que o sucesso da intervenção nos contextos naturais difere do tipo de contexto em que decorre, se a criança tem a capacidade de iniciar a exploração do seu contexto ou se as aprendizagens nos contextos naturais decorrem na presença ou não de um adulto, seja familiar ou técnico.

McWilliam (2010) que também defende a intervenção precoce em contextos naturais como a creche e o contexto familiar, nomeadamente nas rotinas e atividades diárias da criança, elaborou o modelo das cinco componentes. Tal como o nome indica, este modelo aponta para cinco componentes essenciais ao sucesso dos programas de intervenção precoce em contextos naturais: 1) perceber a estrutura e o funcionamento da família da criança; 2) elaborar um plano funcional de intervenção; 3) disponibilizar um conjunto de serviços e recursos no processo de intervenção; 4) realizar visitas a casa; 5) desenvolver uma relação colaborativa com a creche/jardim de infância em que a criança está inscrita.

Para além das componentes mencionadas anteriormente, McWilliam (2010) considera, como parte do modelo, três princípios, indicando que toda a intervenção: deverá ocorrer com uma equipa de técnicos de diferentes áreas que se deslocam ao contexto natural da criança e em diferentes momentos do seu dia; deverá estar contextualizada de modo que a criança seja capaz de generalizar as novas aprendizagens para diferentes contextos e experiências; deverá incluir os pais como papel essencial na continuidade da intervenção, nos momentos em que os técnicos não estão presentes.

A Intervenção Baseada nas Atividades (*ABI*) traduzida do inglês *Activity Based Intervention*- (*ABI*) constitui um exemplo de um modelo de intervenção baseado nas atividades e rotinas diárias da criança. Este consiste num modelo centrado na criança e na sua rotina, assentando em aspetos transacionais, ecológicos, cognitivos, sociais e desenvolvimentais que, em conjunto, constituem a sua base teórica (Macy, 2007)



No *ABI* afirma-se a influência quer do modelo transacional como do modelo ecológico, pois, considera-se relevante todos os contextos sociais, desde o microssistema ao macrossistema, no desenvolvimento da criança (Macy, 2007). Por outro lado, tal como o modelo transacional, defende que o desenvolvimento advém das interações recíprocas, positivas e negativas, entre a criança e o envolvimento tendo sempre em conta que diminuindo os fatores de risco e potenciando os fatores de proteção, promove-se o desenvolvimento da criança, nomeadamente, o desenvolvimento sócio-emocional (Squires & Bricker, 2007). Relativamente aos aspetos cognitivos, Macy (2007) e Dada, Granlund & Alan (2006) reforçam a importância de se atender às motivações e sugestões da própria criança e as incluir nos objetivos funcionais, que serão trabalhados no dia a dia, de forma a incentivá-la a participar de forma ativa na intervenção. Este modelo salienta também que o desenvolvimento da criança é influenciado pela componente biológica mas também por fatores sociais, cabendo à criança, com a ajuda do terapeuta e da família, generalizar as aprendizagens decorrentes do envolvimento social para os vários contextos naturais do seu dia a dia (Dada et al., 2006; Macy, 2007). Por último, e no que toca à perspetiva desenvolvimentista, o *ABI* aplica-se a todas as áreas do desenvolvimento da criança, promovendo o desenvolvimento global da criança, não se focando apenas numa área em particular (Macy, 2007).

Assim, um dos principais objetivos deste modelo será o de ajustar o contexto natural da criança de modo a incentivá-la a explorar e a controlar o seu meio envolvente (Dada et al, 2006), tendo, como refere Macy (2007), como principal objetivo a promoção do desenvolvimento e a aprendizagem da criança.

Toda esta dinâmica de intervenção decorre através de atividades direcionadas para a criança, incluídas no dia a dia da criança ou baseadas nas próprias rotinas diárias, e planeadas (Dada et al, 2006; Squires & Bricker, 2007).

Segundo Macy (2007), o *ABI*, baseia-se em quatro componentes: o desenvolvimento de objetivos direcionados para a criança e que progressivamente deverão ser generalizados para todos os contextos, eventos, pessoas e tempo; a implementação de atividades, para alcançar os objetivos, baseadas na iniciativa da criança, nas rotinas ou planeados; a criança experiencia consequências e feedback atempado, inerentes à intervenção; e por fim, a criança experiencia uma diversidade de oportunidades de aprendizagem adequadas aos seus objetivos.

Componente fundamental da intervenção, segundo o *ABI*, provém do diálogo e da participação da família, isto é, das necessidades, dificuldades, preocupações e os

recursos que a família menciona e discute com os terapeutas que são apontados e incluídos nos objetivos. Para além disso, ao incluir a família no processo de intervenção permite a continuidade da intervenção mesmo sem a presença dos técnicos tal como mencionado anteriormente pois são transmitidas ferramentas e estratégias à família sobre como lidar com as necessidades e os comportamentos da criança (Macy, 2007).

#### **2.1.5. Intervenção Psicomotora em contexto creche**

De acordo com o *European Forum Psychomotricity* (2012), o conceito de psicomotricidade baseia-se em conhecimentos provenientes de áreas como a medicina, psicologia, neuropsicologia e pedagogia.

A intervenção psicomotora considera o ser humano numa perspetiva holística em que o corpo e a mente funcionam como um sistema unitário que contempla as relações com o meio físico, simbólico, emocional e cognitivo no modo de ser e na ação do sujeito num contexto biopsicossocial (*European Forum Psychomotricity*, 2012).

Esta apresenta três vertentes de intervenção: a preventiva, que como o próprio nome sugere, pretende prevenir perturbações do desenvolvimento ou dificuldades de aprendizagem (Núñez & Berruezo, 2007) e a (re)educativa e/ou terapêutica, que incide sobre os aspetos funcionais e relacionais do desenvolvimento (Martins, 2001).

Na creche, a intervenção psicomotora atuará essencialmente numa vertente preventiva no âmbito da educação infantil, através de atividades lúdicas introduzidas nas rotinas diárias das crianças. Estas são estruturadas para potenciar novas aprendizagens e promover o desenvolvimento nas áreas da linguagem, da socialização, da aprendizagem, da cognição e da afetividade, através do movimento e da ação (Núñez & Berruezo, 2007; Gormowski & Da Silva, 2014).

Fonseca (2010) refere que outro dos principais contributos da intervenção psicomotora, com crianças, será a integração organizada dos fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção de corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina) que, por sua vez, irá influenciar positivamente os processos de aprendizagem.

Assim, para atingir os seus objetivos, a intervenção psicomotora na creche, deverá providenciar atividades que visem: estimular as capacidades sensitivas, ajudando os bebés/crianças a experienciarem diferentes sensações que irão contribuir para o conhecimento sobre o seu próprio corpo ou mesmo sobre as características dos

envolvimentos exteriores; educar as capacidades percetivas que ajudam na construção do esquema corporal e na estruturação espaço-temporal; desenvolver a capacidade simbólica e de representação, que permitirá ao bebês/criança relacionar um objeto com várias funções, organizar e estruturar os movimentos intencionais a partir da representação mental dos mesmos e o desenvolvimento da linguagem (Núñez & Berruezo, 2007).

Núñez e Berruezo (2007) sugerem, ainda, um conjunto de objetivos referentes às atividades direcionadas para cada domínio do desenvolvimento da criança. Assim, para promover o desenvolvimento motor, os autores sugerem que as atividades deverão basear-se na aquisição do controlo do corpo, da postura e de movimentos locomotores tal como no conhecimento do seu próprio corpo. No âmbito do desenvolvimento cognitivo e linguístico, as atividades deverão incentivar à representação da realidade, dos contextos e materiais que rodeiam o bebé/criança e incidir sobre a promoção da linguagem expressiva como um instrumento de comunicação. Por fim, as atividades que contribuem para o desenvolvimento pessoal e relacional do bebé/criança deverão por sua vez facilitar o processo de construção da sua identidade e de confiança em si próprio tal como a aquisição de regras sociais e de valores como o respeito e o espírito de colaboração (Núñez & Berruezo, 2007).

Ainda no que se refere à intervenção psicomotora, Martins (2001) especifica, ao longo desta, é importante incidir: na relação entre a criança e o seu contexto social; na imitação do outro; na identificação do outro no espelho que facilitará a auto-construção do esquema corporal; e na comunicação pela motricidade, isto é o diálogo tónico-emocional e tónico-postural que permitirá à criança expressar as suas emoções. Assim, a criança irá adquirir novas formas de conduta, aprender a pensar sobre a realidade e sobre as novas aprendizagens, a atribuir um significado e intenção às suas ações motoras, a explorar a sua criatividade e a desenvolver a sua comunicação interpessoal (Fonseca, 2006).

Para potenciar a aquisição de novas aprendizagens e o desenvolvimento infantil, a intervenção psicomotora na creche poderá, segundo Núñez e Berruezo (2007), basear-se em diferentes grupos de atividades:

- um primeiro grupo de atividades de êxito que estejam de acordo com as capacidades das crianças, de modo a que estas se sintam capazes de as realizar e, por sua vez, ganhem confiança e motivação para novas atividades;

- um segundo grupo de atividades por objetivos, isto é, atividades estruturadas essencialmente para trabalhar um determinado grupo de objetivos; atividades dirigidas para cada criança e que estejam de acordo com os seus interesses para os manter motivados durante as sessões; atividades referentes à comunicação quer não verbal quer verbal que incentivem aos planeamentos cognitivos e representativos;
- as atividades construtivistas que se baseiam nas novas aprendizagens como por exemplo novos conceitos, através de novas experiências e interações.

Relativamente às melhores estratégias de intervenção na creche estas consistem na demonstração ao longo das novas aprendizagens e em incentivar à imitação quer de ações quer de sons e palavras. Assim, pela demonstração, pela linguagem expressiva, através da qual se apresentam novos conceitos, potenciam-se os processos de organização das representações, o pensamento categorial e conceptual (Martins, 2001).

Para além da intervenção psicomotora direcionada às crianças, Oliveira, Milani, Hadermann, Miguel e Lucato (2004) estudaram a influência da psicomotricidade sobre o desenvolvimento infantil, na creche, e afirmam que esta também se aplica à reorganização da sala e dos materiais da creche. Esta reorganização deverá consistir em alterações no funcionamento da sala e na disposição dos materiais e móveis, na criação de novos materiais, na criação de situações que permitam a exploração e descoberta dos objetos e das suas funções e que potenciam os momentos e as interações em grupo.

Todas as alterações contextuais e materiais irão possibilitar novas experiências e novos conhecimentos, condicionando assim os processos de aprendizagens e, por sua vez, o desenvolvimento global das crianças da creche (Hanft et Pilkington, 2000; Oliveira, et al., 2004).

Por fim, outro papel da intervenção psicomotora na creche consiste na partilha e discussão de estratégias com a família e a própria equipa da creche. Esta partilha tem como principal objetivo garantir a continuidade do trabalho desenvolvido pelo psicomotricista mas também dar resposta às necessidades, inseguranças e dificuldades da família e da equipa da creche (Hanft & Pilkington, 2000; Martins, 2001).

Conclui-se, então, que a intervenção psicomotora na creche baseia-se numa intervenção promotora do desenvolvimento infantil no contexto natural da criança, que facilita a vigilância de possíveis desvios de desenvolvimento infantil, possibilitando

uma intervenção atempada e adequada às necessidades especiais de cada criança, através do corpo e do movimento (Rossi, 2012; Gromowski & Da Silva, 2014).

## **2.2. Enquadramento institucional**

### **2.2.1. Equipa Móvel de Desenvolvimento Infantil e Intervenção**

#### **Precoce**

A Equipa Móvel de Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce (EMDIIP) é uma instituição particular de solidariedade social (IPSS) (EMDIIP, Sobre nós: A nossa missão, 2014). A sua sede localiza-se na Avenida dos Bombeiros Voluntários, na freguesia de Porto Salvo, concelho de Oeiras, no edifício do Instituto Condessa de Cuba (EMDIIP, 2014a).

A intervenção da EMDIIP tem como objetivos principais: o apoio a crianças e jovens com necessidades educativas especiais dos 0 aos 18 anos, através dos programas de Intervenção Precoce e a Equipa de Rua de apoio a crianças e jovens e o apoio às suas famílias através do centro de acompanhamento familiar/atendimento psicossocial que disponibiliza recursos e estratégias que as famílias das crianças com NEE poderão adotar para dar respostas às suas necessidades (EMDIIP, 2014b; EMDIIP, 2014c).

Para além da intervenção terapêutica, tem como objetivos o desenvolvimento de ações de formação dirigidas aos pais, sobre o desenvolvimento infantil e promoção das competências parentais, bem como a promoção e proteção da saúde através da Equipa de Intervenção Direta que intervém com base em ações pedagógico-terapêuticas estruturadas de acordo com a problemática das crianças/jovens e a investigação científica de forma a promover a reabilitação, a capacitação e o bem-estar dos indivíduos (EMDIIP, 2014c).

O atendimento terapêutico é assegurado por uma equipa de técnicos de diferentes áreas da saúde, nomeadamente, cinco técnicos de Reabilitação Psicomotora, dois técnicos da Terapia da Fala, uma psicóloga e um fisioterapeuta pediátrico. A intervenção poderá decorrer em modalidade individual (através de sessões de reabilitação psicomotora, fisioterapia pediátrica, hidroterapia, psicologia clínica, atividade motora adaptada, massagem terapêutica infantil, terapia da fala, apoio psicopedagógico, apoio especializado à família, apoio psico.social, apoio a crianças com deficiência auditiva) ou poderá funcionar com base em dinâmicas de grupo nomeadamente no âmbito da psicomotricidade infantil, dificuldades de aprendizagem, gestão do comportamento e competências sociais, massagem terapêutica infantil,

karaté adaptado e programas de intervenção específicos na leitura, escrita e matemática (EMDIIP, 2014d).

A EMDIIP, como equipa móvel desloca-se ou à escola ou à casa da criança, uma vez que tem como princípio não alterar as rotinas e o funcionamento familiar para dar resposta às dificuldades e necessidades da criança e da sua família. Por sua vez, os serviços prestados pela EMDIIP são gratuitos ou remunerados de acordo com o estatuto económico dos seus utentes, isto é, em regime de procronismo (EMDIIP, 2014; EMDIIP, 2014c).

### **2.2.2. Associação Resgate: Creche do Instituto Condessa de Cuba**

A Associação Resgate foi fundada pelo Frei João da Santíssima Trindade com o objetivo de proteger e educar crianças e adolescentes do género feminino que estavam em situação de risco e dar resposta às suas necessidades (Associação Resgate, 2015).

Esta Associação que consiste numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) tem dois pólos: em Lisboa e outro em Porto Salvo no concelho de Oeiras (Associação Resgate, 2015).

O Externato do Instituto Condessa de Cuba localizado na Quinta da Quintã, em Porto Salvo abrange cerca de 200 crianças distribuídas pelo Berçário, Jardim de Infância e o CATL (centro de atividades de tempo livre). Para além disso, em 2015 abriu uma nova creche particular com capacidade para dar resposta a 47 crianças (Associação Resgate, 2015).

Na Quinta, as “Hortas da Condessa” compõem o projeto de agricultura biológica e permacultura para formação e capacitação de pessoas com deficiência (Associação Resgate, 2015).

## **3. Realização da prática profissional**

### **3.1. Calendarização**

O estágio curricular na EMDIIP decorreu entre o dia 20 de Outubro de 2014 e o dia 5 de Junho de 2015.

Ao longo do presente estágio foram definidas seis etapas e dois horários diferentes. Todas as etapas do estágio foram respeitadas sendo que houve apenas necessidade de ajustar o horário a partir de março uma vez que as estagiárias da Licenciatura em Reabilitação Psicomotora iniciaram a sua intervenção na Creche do Instituto Condessa

de Cuba com os seus respetivos estudo-de-caso, à terça-feira de manhã e à quinta-feira à tarde.

**Tabela 2. Etapas de estágio**

<b>Etapas do estágio</b>		<b>Datas</b>
1ª Etapa	Observação informal dos bebés e do funcionamento da creche	20 e 21 de outubro de 2014
2ª Etapa	1ª Rastreio Global ao Desenvolvimento com <i>Schedule Growing Skills II</i>	22 a 24 de outubro de 2014
3ª Etapa	Apresentação do projeto de Psicomotricidade “Olá bebé” aos pais	30 de outubro de 2014
4ª Etapa	2ª Rastreio Global ao Desenvolvimento com <i>Schedule Growing Skills II</i>	19 a 23 de janeiro de 2015
5ª Etapa	3ª Rastreio Global ao Desenvolvimento com <i>Schedule Growing Skills II</i>	25 a 29 de maio
6ª Etapa	<i>Workshop</i> - fim do projeto “Brincar com o bebé”	4 de junho

A primeira etapa de estágio permitiu-me: conhecer o funcionamento da Creche, iniciar uma relação empática com os bebés, a Educadora e as auxiliares de educação e avaliar de modo informal o desenvolvimento e as necessidades dos bebés; observar os recursos materiais e humanos disponíveis. A segunda, quarta e quinta etapas, que consistiram no rastreio global ao desenvolvimento de cada bebé, permitiram-me registar e definir as áreas fortes e menos fortes de cada bebé, tal como a visualizar os progressos nas diferentes áreas de desenvolvimento ao longo do estágio. A terceira e sexta etapas facilitaram o contato com as famílias de cada bebé. Na terceira etapa, para além da apresentação do projeto de intervenção psicomotora, foi possível através de uma dinâmica de grupo – o jogo do espelho - conhecer de forma geral como os pais caracterizam o seu filho/a, e a sua dinâmica familiar. Por último, a sexta etapa, teve como principal objetivo partilhar e reforçar a mensagem do projeto de psicomotricidade “Olá bebé”, que foi divulgada ao longo do estágio às famílias: a importância do brincar na primeira infância e da participação da família ao longo do desenvolvimento do bebé.

Como foi referido anteriormente, o presente estágio decorreu com base em dois horários diferentes. Um primeiro horário fixo que decorria todas as manhãs e um segundo horário variável conforme dias da semana, uma vez que foi necessário ajustar o meu horário de estágio ao horário de estágio das estagiárias da licenciatura em Reabilitação Psicomotora.

**Tabela 3. Horário do primeiro semestre**

<b>Horas</b>	<b>Segunda-feira</b>	<b>Terça-feira</b>	<b>Quarta-feira</b>	<b>Quinta-feira</b>	<b>Sexta-feira</b>
<b>9 - 9:30</b>	Organização das tarefas semanais	Sessão Sala Arco-Íris	Organização das tarefas semanais	Sessão L.	Organização das tarefas semanais
<b>9:30 - 10</b>		Sessão L.		Sessão N.	
<b>10 - 10:30</b>	Sala Arco-Íris e preparação da sessão	Sessão F.	Berçário e preparação da sessão	Sessão F.	Berçário e preparação da sessão
<b>10:30 - 11</b>	Sessão do Berçário	Sessão N.	Sessão Berçário	Sala Arco-Íris	Sessão Berçário
<b>11- 12</b>	Autonomia na refeição – Sala Arco- Íris				
<b>12 - 13</b>	Relatório da Sessão	Relatório das Sessões	Relatório das Sessões	Relatório das sessões	Relatório das Sessões

A partir de março, uma vez que as estagiárias de licenciatura iniciaram a sua intervenção com os seus estudos-de-caso com o meu acompanhamento, o horário semanal alterou-se para o seguinte:



**Tabela 4. Horário no segundo semestre**

<b>Horas</b>	<b>Segunda-feira</b>	<b>Terça-feira</b>	<b>Quarta-feira</b>	<b>Quinta-feira</b>	<b>Sexta-feira</b>
<b>9 - 9:30</b>	Organização das tarefas semanais	Sessão Sala Arco-Íris	Berçário		Organização tarefas semanais
<b>9:30 - 10</b>		Sessão M.G.	Sessão L.		Sessão L.
<b>10 - 10:30</b>	Sala Arco-Íris	Sessão F.	Sessão N.		Sessão N.
<b>10:30 - 11</b>	Sessão do Berçário	Sessão M.	Sessão Berçário		Sessão Berçário
<b>11 - 12</b>	Autonomia na refeição (Sala Arco- Íris)				Autonomia na refeição (Sala Arco-Íris)
<b>12 - 13</b>	Relatório das sessões	Relatório das sessões	Relatório das sessões	Organização do material para sala Arco-Íris e sessões individuais; Reuniões de Equipa (1 vez por mês)	Relatório das sessões
<b>13 - 14</b>					
<b>14 - 15</b>					
<b>15 - 15:30</b>					
<b>15:30 - 16</b>				Sessão M.G.	
<b>16 - 16:30</b>	Sessão J. (Kriabebés)			Sessão M.	
<b>16:30 - 17</b>				Sessão F.	
<b>17 - 17:30</b>				Reunião com estagiárias de licenciatura	

O tempo dedicado à organização das tarefas semanais incluía a estruturação das sessões da semana seguinte, o estudo de novas atividades e de adaptações para o caso de existirem dificuldades e necessidades por parte dos bebés, pesquisa sobre o tema a apresentar aos pais quinzenalmente, a construção de material para as salas, para as sessões e para os pais; e a estruturação de estratégias de apoio quer para a equipa de creche como para os pais no caso de existirem preocupações ou dificuldades referidas pelos mesmos.

O horário assinalado como “Sala Arco-Íris” e “Berçário” consistiu no acompanhamento semanal às crianças dessas salas. Tendo como objetivos: a observação informal do comportamento e do desenvolvimento dos bebés; a verificação da transferência das aprendizagens adquiridas ao longo das sessões para a rotina na creche; e a partilha de conhecimentos, necessidades, dúvidas e estratégias com a equipa de profissionais de cada sala.

O acompanhamento, à hora de almoço, teve como objetivo inicial desenvolver uma relação empática quer com a equipa da creche quer com os bebés. A partir do momento em que a maioria dos bebés começam a almoçar à mesa, a este objetivo inicial acrescentou-se o objetivo de promover a autonomia dos bebés, na refeição.

No primeiro e no segundo semestre, as estagiárias de licenciatura frequentaram a sessão de grupo na sala Arco-Íris em regime de observação participada. No final das sessões e após o acompanhamento à hora do almoço, destinava-se o restante tempo ao registo do comportamento e da participação de cada bebé em cada atividade (Ver anexo III).

No segundo semestre foram introduzidas três novas sessões individuais. A sessão com o J. no Kriabebés que consistiu na intervenção psicomotora na sua sala com o objetivo de desenvolver a linguagem expressiva, melhorar as suas competências relacionais e sociais, promover a aquisição do respeito pelas regras, promover a regulação das suas respostas impulsivas e da sua irrequietude. As sessões com a M. e com o M.G. constituíram os estudos de caso das estagiárias da licenciatura juntamente com o F., já acompanhado desde o primeiro semestre.

### **3.2. Contextos de intervenção**

As sessões de psicomotricidade quer em grupo quer individuais tiveram lugar na Creche do Instituto Condessa de Cuba ou na sala de psicomotricidade da EMDIIP.

Quer as sessões de grupo quer as sessões individuais tinham uma duração máxima de 40 minutos dependendo da disposição do(s) bebé(s).

#### **3.2.1. Sessões de Psicomotricidade de grupo**

As sessões de grupo decorriam com todos os bebés presentes em simultâneo e assentavam em atividades para promoção e estimulação do desenvolvimento infantil, previamente planeadas e com material da própria creche, da EMDIIP ou construído de raiz. Estas atividades, de carácter lúdico, tinham como objetivo o desenvolvimento global de cada bebé, isto é, a aquisição de competências motoras, cognitivas,

linguísticas, sociais e emocionais, de acordo com o esperado para as respetivas faixas etárias de cada sala.

Por norma, em cada sessão realizavam-se três atividades, sendo que, previamente, eram planeadas as adaptações possíveis para os casos em que existiam dificuldades ou para os casos em que o bebé estava na fase inicial da aprendizagem de uma determinada competência (Ver anexo I, II).

No total foram realizadas 58 sessões de grupo no berçário e 27 sessões de grupo na sala de 1 ano da creche, entre novembro e junho, nas respetivas salas.

### **3.2.2. Sessões de Psicomotricidade Individuais**

As sessões individuais decorreram na sala de psicomotricidade da EMDIIP, na própria sala da creche, na varanda da creche ou, em último recurso, na sala de apoio da equipa da creche.

Em cada sessão realizavam-se, por norma, três atividades cujos objetivos estavam de acordo com as necessidades e dificuldades das crianças observadas durante a avaliação informal ou com os seus domínios de desenvolvimento menos fortes, traduzidos no perfil de desenvolvimento da *Schedule Growing Skills II*.

Parte das sessões individuais decorreram com a participação de outra criança da sala, com o objetivo de promover competências sociais e linguísticas.

No total, foram realizadas 22 sessões com o F. (ver anexo IV), 15 sessões com a N. (ver anexo V), e 18 sessões com a L. (ver anexo VI), todas elas entre dezembro e junho.

No segundo semestre para além das sessões de psicomotricidade com os estudos-de-caso tive a oportunidade de acompanhar o processo de intervenção das estagiárias de licenciatura com os seus estudos-de-caso, nas mesmas condições que do primeiro semestre.

## **3.3. Caracterização da população e estudos de caso**

Neste tópico será apresentada a caracterização dos grupos de intervenção e a caracterização dos estudos-de-caso.

### **3.3.1. Caracterização dos grupos de intervenção**

O berçário é constituído por 7 bebés com idades entre os 7 e os 10 meses enquanto a sala Arco-Íris é constituída por 13 bebés com idades entre os 14 e os 21 meses.

O grupo do berçário é constituído apenas por dois bebés do género feminino enquanto na sala Arco-Íris frequentam 10 bebés do sexo feminino.

De forma geral, todas as crianças têm um desenvolvimento típico de acordo com a sua faixa etária. No entanto, após a realização da observação informal, do rastreio global ao desenvolvimento, com base na *Schedule of Growing Skills II*, e da partilha de preocupações por parte da Educadora de Infância foram sinalizados três bebés da sala Arco-Íris, essencialmente por problemas nos domínios motor, emocional, comportamental e da linguagem.

Estes bebés constituem os estudos-de-caso do presente estágio. O F. com 18 meses, a N. com 17 meses e a L. com 15 meses.

### **3.3.2. Caracterização dos Estudos-de-caso**

#### **3.3.2.1. Estudo-de-caso F.**

O F. é um menino com 18 meses, referenciado para apoio após o primeiro rastreio global ao desenvolvimento com base na *Schedule of Growing Skills II*. É meigo e sorridente, muito curioso, adora aprender e explorar novos materiais e competências, e adora a atenção do adulto.

Manifesta um comportamento agitado que se evidencia em comparação ao comportamento agitado e impulsivo dos colegas da sua faixa etária (por exemplo: levanta-se constantemente do chão ou da cadeira durante as atividades da sala e após repetidas chamadas de atenção, atira brinquedos à parede, não segue as instruções da educadora ou das auxiliares mostrando-se por vezes confuso com a instrução, de repente levanta-se e empurra os colegas que estão a brincar, vagueia sem propósito pela sala, agarra em tudo de forma impulsiva, chora durante muito tempo frequentemente).

Reside na zona de Oeiras, com ambos os pais e os seus irmãos. A mãe é auxiliar de educação no ICC e o pai é segurança.

Frequenta o ICC com a sua irmã gémea C. Para além da sua irmã, tem um irmão com 15 anos, que desde cedo foi a figura paterna do F., uma vez que, por motivos conjugais, o pai esteve afastado do contexto familiar durante o seu primeiro ano de vida. A mãe trabalha no ICC e recentemente regressou ao trabalho após baixa médica por motivos psicológicos. Com o regresso do pai ao contexto familiar, o F. e a sua irmã começaram finalmente a associá-lo à figura paternal e a estabelecer uma relação próxima com o mesmo. Desde então, o F., por vezes, começa a chorar

exaustivamente pelo pai, quando está aborrecido, e repete os mesmos comportamentos agressivos que o irmão mais velho quando está zangado, empurrando ou batendo nos colegas mesmo que não se tenha zangado com os mesmos e, atirando, por vezes, os brinquedos e os materiais da sala para o chão de forma descontrolável, rindo-se e repetindo o comportamento após ser chamado à atenção. A mãe refere que o irmão mais velho do F. concretiza estes comportamentos na presença do F. e este começou, progressivamente a reagir da mesma forma quando se sente frustrado.

A Educadora refere essencialmente problemas de comportamento (por exemplo, está sempre a levantar-se durante as atividades da sala, não segue as instruções, sempre que é chamado à atenção para não realizar um determinado comportamento ou ação, o F. repete constantemente esse comportamento e ação logo de seguida incisivamente) e da linguagem (não balbucia ou diz palavras).

Na observação informal que realizei do F. verifiquei os comportamentos evidenciados pela Educadora mas no entanto verifiquei que o F. é um menino que procura muito a atenção individualizada do adulto, isto é, aproxima-se do adulto preferencialmente quando este não está rodeado pelas outras crianças. A partir do momento em que aborda o adulto mantém-se por perto e procura brincar com o adulto. Foi também possível confirmar que não balbucia ou diz palavras, e que por vezes mostra-se confuso com pequenas instruções (por exemplo: vai dar à Andreia (Educadora) – O F. fica parado a olhar ao seu redor, e mesmo olhando para a Andreia não realiza a instrução).

Pelo primeiro rastreio global ao desenvolvimento com base na *Schedule of Growing Skills II* foi possível verificar que os domínios da Fala e Linguagem e Audição e Fala consistiam nas áreas menos fortes do F. confirmando as dificuldades e preocupações referidas pela Educadora, e que as áreas mais fortes do F. consistiram na motricidade fina e curiosamente na socialização. Isto porque, ao longo do rastreio de desenvolvimento, o F. uma vez que tinha a atenção dirigida para si realizou grande parte dos itens associados ao domínio das capacidades de interação social.

#### **3.3.2.2. Estudo-de-caso N.**

A N. é uma criança, com 17 meses, referenciada para intervenção após o primeiro rastreio global ao desenvolvimento com base na *Schedule of Growing Skills II*. É uma criança meiga, muito preocupada com os outros (por exemplo: aborda os colegas que estão a chorar e faz “festinhas”) e sempre atenta ao que se passa ao seu redor.

Apesar de ter dificuldades no âmbito da linguagem expressiva, domina todas as restantes competências e aprendizagens adequadas à sua faixa etária.

Mora na zona de Oeiras, com a mãe e a irmã mais velha. O pai é técnico de análises clínicas, e a mãe é gestora dos recursos humanos. Tem uma irmã mais velha com 4 anos e uma irmã do lado do pai com 10 anos com quem tem pouco contato.

No início da intervenção, os pais estavam a divorciar-se. O único contato que tinha com o pai era ao domingo de quinze em quinze dias. Tem contato diário com os avós maternos que são um apoio fundamental para o seu núcleo familiar. Tem uma relação muito próxima com a mãe e a irmã mais velha e passa muito tempo a brincar com a irmã sendo já capaz de brincar ao “faz de conta” com a irmã por exemplo.

A Educadora refere que, desde a separação dos pais a N. procura estar mais tempo em contato próximo com o adulto pedindo colo várias vezes ao dia. Por vezes, começa a chorar sem razão aparente sendo difícil de acalmá-la principalmente quando tem alguém estranho, na sala. Apesar disso, adora cuidar dos colegas e acalmá-los quando começam a chorar. A Educadora refere ainda que a N. é muito atenta ao que se passa à sua volta, percebendo todas as instruções que lhe são dadas diretamente e as que são transmitidas aos colegas, chegando mesmo a realizar o que é pedido ao colega, no seu lugar. No entanto, a N., regrediu no domínio da linguagem, desde a separação, uma vez já não balbucia ou diz palavras.

Pela observação informal, foi possível verificar a timidez da N. tal como a necessidade de estar sempre por perto de um adulto que lhe é familiar como a Educadora ou a auxiliar da sala (por exemplo: assim que a Educadora ou a auxiliar se sentam a N. senta-se a brincar ao seu lado, chegando mesmo a acompanhar os passos destas dentro da sala) tal como a ausência da linguagem expressiva.

Segundo o primeiro rastreio global ao desenvolvimento com base na *Schedule of Growing Skills II*, do qual se concluiu que a área menos forte da N. é a área da Fala e Linguagem sendo a área da socialização a mais forte.

### **3.3.2.3. Estudo-de-caso L.**

A L. é uma criança, com 15 meses, referenciada após o rastreio global ao desenvolvimento com base na *Schedule of Growing Skills II*. Tímida, reservada e pouco sorridente demonstra ser uma criança receosa e com dificuldades em socializar com os outros.

Mora em Oeiras com a mãe, psicóloga, o pai, gestor dos recursos humanos, e com uma irmã mais velha com 6 anos. Tem uma relação muito próxima com a avó materna que por vezes a vai buscar à creche, onde está desde as oito da manhã às sete da noite na maioria dos dias. Não foi planeada mas no entanto foi desejada após a confirmação da gravidez.

Por vezes, chora com a aproximação das outras crianças e principalmente com a aproximação de adultos com quem não convive todos os dias. Refugia-se nos cantos da sala, na maioria das vezes, ou procura o colo de um adulto, em particular de uma auxiliar da sua sala. A sua reação, quando lhe tiram os brinquedos ou quando os colegas a magoam, é apenas o choro não procurando responder ou reagir nestas situações. Apesar de se colocar na posição bípede sozinha e de assim permanecer apoiada, chora quando é incentivada a permanecer nesta posição sem qualquer apoio ou a andar sozinha.

A Educadora mencionou como dificuldades os pontos citados anteriormente, referindo ainda que se preocupa com a dificuldade, que os próprios pais referem, em terem tempo para estimular e brincarem com a L., tal como em terem momentos familiares. Isto porque têm ambos empregos com um horário de trabalho muito alargado. A Educadora refere ainda que para além da insegurança e do medo ao manter-se sem apoio na posição bípede e ao andar, a L. também manifesta tais sentimentos em atividades do âmbito motor como andar de escorrega, subir e descer degraus, pontapear uma bola, entre outras.

Na observação informal foi possível verificar as dificuldades e os comportamentos referidos pela Educadora. Foi notória a insegurança da L. perante o incentivo na participação em atividades de âmbito motor tal como a dificuldade em interagir com os colegas, reservando-se sempre na sala e afastando-se dos mesmos. Para além disso, foi possível observar que a L. não balbucia ou diz palavras.

Segundo o primeiro rastreio global ao desenvolvimento com a *Schedule of Growing Skills II*, a área menos forte da L. é a Fala e Linguagem e a Audição e Fala, uma vez que não balbucia ou diz palavras. No entanto, este instrumento não traduz todas as dificuldades e preocupações referidas anteriormente. As áreas fortes assinaladas pelo mesmo instrumento são a área visual e contrariamente ao observado informalmente a área social, isto porque ao longo da realização do primeiro rastreio a L. chegou a partilhar brinquedos e a explorar brinquedos do seu interesse contrariamente ao que é observado no dia a dia da L. na creche.

### **3.4. Processo de intervenção:**

#### **3.4.1. Instrumentos de Avaliação**

Neste ponto serão referidos detalhadamente os instrumentos utilizados para avaliar o desenvolvimento das vinte e uma crianças da creche do ICC. Estes instrumentos, preenchidos pelos pais à exceção da *Schedule of Growing Skills II* que foi preenchida ao longo dos rastreios ao desenvolvimento global, permitiram averiguar possíveis desvios de desenvolvimento e obter informação sobre as rotinas das famílias, as suas necessidades e os seus interesses. Para além dos instrumentos de avaliação aplicados a todas as crianças da creche do ICC, a Escala de Temperamento e Comportamento Atípico foi apenas aplicada ao F., sendo preenchida por mim, pela Educadora e pela mãe, individualmente, de modo a averiguar-se se o comportamento do F. se mantinha nos vários contextos do seu dia a dia e a definir-se estratégias para lidar com o mesmo.

Com esta informação foi possível definir o plano de intervenção, direcionado para as crianças, para as suas famílias e o contexto da creche.

##### **3.4.1.1. Inventário das Necessidades da Família**

O *Family Needs Survey*, traduzido como Inventário das Necessidades da Família, foi elaborado por Bailey e Simeonsson em 1988, para averiguar as necessidades das famílias (Sampaio & Geraldês, 2006). O instrumento tem um total de 35 itens subdivididos em 6 subescalas organizadas por necessidades: Informação, Apoio, Explicar aos outros, Serviços da Comunidade, Financeiras e Funcionamento Familiar.

A família ao preencher o Inventário terá de dar a sua resposta em formato fechado através de uma escala de 3 opções: (1) Não necessito deste tipo de ajuda; (2) Não tenho a certeza; (3) Sim, necessito deste tipo de ajuda (ver anexo VII).

##### **3.4.1.2. Inventários dos Interesses da Família**

O *Family Interest Survey*, traduzido como Inventário dos Interesses da Família, foi desenvolvido por Cripe e Bricker em 1993 para averiguar os interesses da família, tal como o nome indica. Este encontra-se dividido em três partes: a primeira relacionada com a criança, a segunda com a família e por fim, a terceira relacionada com os recursos disponibilizados pela comunidade (Cripe & Bricker, 1993).

O preenchimento deste inventário consiste em resposta em formato fechado através de três opções: (1) se o item constituir um interesse prioritário; (2) se estiver interessado no item mas este não constituir uma prioridade atual; (3) se não estiver interessado no item.



No presente estágio, foi construído um instrumento designado de “Inventário das Necessidades e Interesses da Família” realizado com base nas versões portuguesas do *Family Needs Survey* traduzido e adaptado por Serrano (1991) e do *Family Interest Survey* traduzido e adaptado por Santos e Brandão (2002), apresentadas anteriormente (ver anexo VII). As adaptações realizadas consistiram na seleção de itens mais apropriados para a população-alvo e no tipo de resposta.

O inventário construído apresenta um total de 20 itens, retirados maioritariamente do *Family Interest Survey* e distribuídos por três grupos de tópicos: o primeiro relacionado com a criança, o segundo com a família e o último com a comunidade.

No primeiro grupo de tópicos, foram apenas incluídos itens que indicam o interesse e/ou a necessidade em saber mais sobre o comportamento, o desenvolvimento e como lidar com a criança, tendo sido retirados os itens associados a conhecer mais sobre as necessidades especiais da criança e os serviços e recursos para lidar com as suas necessidades especiais. No segundo grupo de tópicos, encontram-se itens associados ao apoio para os pais, ao envolver a família nos cuidados da criança, e aos momentos de lazer em família tendo sido retirados os itens associados ao aconselhamento familiar e à explicação das necessidades especiais da criança à família, amigos e outros. Por fim, o último grupo de tópicos inclui apenas os itens associados a saber mais sobre ajuda legal, brinquedos adequados à criança, alimentação, cuidados médicos, creches e *babysitters* tendo sido retirados os itens associados a subsídios de educação especial, grupos de apoios para pais e família de crianças com necessidades especiais e a adaptações a realizar perante as necessidades especiais da criança.

No que diz respeito ao tipo de resposta do instrumento construído, deverão ser assinalados os itens que suscitam interesse e/ou necessidade e, de seguida, o grau de interesse e/ou necessidade de cada item selecionado, sendo: 1) Se o item constituir um interesse/necessidade prioritário; 2) Se estiver interessado/necessidade no item mas este não constitui uma prioridade atual; 3) Se não estiver interessado/necessidade neste momento.

#### **3.4.1.3. Inventário das Rotinas na Família**

O *Family Routines Inventory*, traduzido como Inventário das Rotinas na Família (traduzido e adaptado por Pereira, 2015), e desenvolvido por Boyce, Jensen, James e Peacockn, procura avaliar a frequência das rotinas familiares e a importância que as famílias lhes atribuem (Spagnola & Fiese, 2007). É constituído por 28 itens que se traduzem em rotinas familiares ao longo do dia como “há determinadas coisas que os

pais fazem todas as manhãs enquanto se arranjam para sair”, “os pais que trabalham regressam a casa geralmente à mesma hora” e “as crianças têm hábitos ou fazem pedidos especiais na hora de ir para a cama (ex: história, beijo de boa noite, beber água)” (Wittig, 2005).

Os pais deverão assinalar uma das seguintes hipóteses de resposta para cada possível rotina familiar: quase nunca; 1 a 2 vezes por semana; 3 a 5 vezes por semana; todos os dias (ver anexo IX).

#### **3.4.1.4. Questionário de Atividades Diárias**

Com o intuito de completar a recolha de informações relativas às rotinas e atividades familiares, foi aplicado o Questionário de Atividades Diárias (adaptado de Gartstein, traduzido por Cassiano, 2013). O presente questionário elaborado por Gartstein consta numa lista de atividades/brincadeiras e de brinquedos que poderão ou não ser utilizados pela criança (Cassiano, 2013). Os pais deverão preencher o questionário assinalando de 0 (nunca) a 4 (muito frequente) a frequência com que realizam estas atividades ou com que a criança brinca com cada brinquedo (ver anexo X).

#### **3.4.1.5. Schedule of Growing skills II - SGS II**

A *Schedule of Growing Skills II (SGS II)*, desenvolvida por Bellman, Lingam e Aukett (1996), tem por base a escala de desenvolvimento criada por Mary Sheridan's (Williams, Hutchings, Bywate & Daley, 2013).

Aplicável a crianças entre os 0 meses e os 5 anos de idade, a escala SGS II é considerada um instrumento de rastreio de fácil aplicação com uma duração de 20 a 30 minutos. Através desta escala é possível traçar o perfil do desenvolvimento da criança pela avaliação de diferentes capacidades associadas a diferentes áreas do desenvolvimento: postura passiva, postura ativa, locomoção, manipulação, visão, audição e linguagem, fala e linguagem, interação social, autonomia e cognição (Williams, Hutchings, Bywate & Daley, 2013).

Após a avaliação de cada uma das áreas mencionadas anteriormente, é traçado o perfil de desenvolvimento, sendo assinalada a idade cronológica da criança. Se as pontuações obtidas para cada área estiverem uma banda abaixo da linha da idade cronológica considera-se que o desenvolvimento é normal. Caso esteja duas ou mais bandas abaixo da linha da idade cronológica recomenda-se uma avaliação mais detalhada do desenvolvimento da criança (Williams, Hutchings, Bywate & Daley, 2013).

A amplitude das faixas etárias no perfil de desenvolvimento constitui, segundo o autor, uma das principais críticas quanto à utilização deste instrumento de avaliação. Isto porque durante o primeiro ano de vida os intervalos das faixas etárias são de dois em dois meses, posteriormente entre os 12 e os 18 meses são de seis em seis meses e por fim aos 36 meses decorrem de 12 em 12 meses. Desta forma, por diferença de dias por vezes um score poderá traduzir um sinal de atraso de desenvolvimento no lugar de uma pontuação dentro do esperado para a faixa etária. Isto porque para que um score conste como sinal de atraso de desenvolvimento basta surgir duas faixas etárias abaixo da definida de acordo com os critérios da SGS II (BDI; New- borg et al., 1984 cit in Williams, Hutchings, Bywate & Daley, 2013, Boyd, 1989 cit. in Williams, Hutchins, Bywate & Daley, 2013) (ver anexo VIII).

#### **3.4.1.6. Escala de temperamento e Comportamento Atípico**

A Escala de Temperamento e Comportamento Atípico (*TABS – Temperament and Atypical Behavior Scale*) consiste num instrumento com referência à norma que pretende avaliar o comportamento disfuncional em crianças dos 11 aos 71 meses. Este instrumento procura identificar crianças com desenvolvimento atípico ou em risco desta situação (Neisworth, Bagnato, Salvia & Hunt, 1999).

O *TABS Assessment Tool* foca-se nos comportamentos de autorregulação atípicos através da observação de 55 comportamentos que estão relacionados com as áreas do temperamento, atenção, vinculação, comportamento social, jogo, os comportamentos vocais e orais, sentidos e movimento, auto-estimulação, autoagressão e o estado neurocomportamental (Neisworth, Bagnato, Salvia & Hunt, 1999).

O preenchimento dos 55 itens deverá ser com “não” (quando o comportamento não se verifica), ou “sim” (quando o comportamento se verifica e é um problema) ou “precisa de ajuda” (quando o comportamento se verifica e o prestador de cuidados necessita de ajuda para lidar com ele). Estes 55 itens estão agrupados em quatro tipos de comportamentos: a) desligado, b) hipersensível/ativo, c) pouco reativo e d) desregulado.

Segundo Neisworth, Bagnato, Salvia e Hun, 1999 (cit in Colaço, 2014) o comportamento desligado traduz-se num comportamento ausente, indiferente, egocêntrico, com dificuldade em ter motivação em participar em atividades ou nas rotinas do dia a dia que envolvam outros indivíduos. Este tipo de comportamento é por norma a associado a crianças com Perturbações do Espectro do Autismo.

Por outro lado o comportamento hipersensível/ativo caracteriza-se por um comportamento muito reativo, mesmo em contextos pouco estimulantes. As crianças com este tipo de comportamento estão em constante movimento, mostrando-se agitadas e irritadas frequentemente. Para além disso têm dificuldade em acalmarem-se em momentos de maior stresse ou frustração, mostrando-se até impulsivos, destrutivos e teimosos. Este tipo de comportamento remete para a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (Neisworth, Bagnato, Salvia & Hunt, 1999 cit. in Colaço, 2014).

Os comportamentos categorizados como "pouco reativos", implicam uma resposta fraca, por parte da criança aos estímulos do envolvimento, ou seja, é necessário um estímulo muito forte para que se despolete uma resposta por parte desta. Estado de alerta reduzido, passividade e apatia são os principais comportamentos típicos destas crianças e que por sua vez parecem estar associados a problemas neurodesenvolvimentais severos (Neisworth, Bagnato, Salvia & Hunt, 1999 cit. in Colaço, 2014).

Por sua vez, os comportamentos que traduzem um perfil de temperamento "desregulado" demonstram dificuldade em controlar ou ajustar o seu comportamento neuropsicológico e oromotor como, por exemplo, chorar por longos períodos de tempo (Neisworth, Bagnato, Salvia & Hunt, 1999 cit. in Colaço, 2014).

O resultado bruto é obtido pela soma dos itens cotados como "sim" para cada sub-escalada. Por sua vez a soma dos resultados brutos das quatro subescalas indica o "Índice de Temperamento e Autorregulação". Se este valor variar entre 0 e 4, traduz a ausência de problemas ao nível do temperamento e autorregulação. Contrariamente, um ITR entre 5 e 7 indica risco de desenvolvimento, e por último, um ITR entre 8 e 10+ indica um desenvolvimento atípico da criança (Colaço, 2014).

Por sua vez, uma criança com 3 ou mais itens assinalados é identificada como uma criança com um estilo de temperamento e autorregulação desligado; com 6 ou mais itens é identificada como hipersensível/ativa; com 2 itens assinalados é identificado o estilo pouco reativo; e com 2 ou mais comportamentos a criança é identificada como tendo um estilo de temperamento e autorregulação desregulado (Colaço, 2014) (ver anexo XI).

### **3.4.2. Planeamento de intervenção**

#### **3.4.2.1. Estudo-de-caso F.**

##### **Motricidade**

**Objetivo Geral 1:** Promover o desenvolvimento das capacidades locomotoras.

**Objetivos específicos:** Desenvolver o padrão do salto; Desenvolver a ação de pontapear; Desenvolver a ação de lançar uma bola com ambas as mãos; Desenvolver o padrão de subir e descer degraus; Promover o desenvolvimento de habilidades motoras específicas (por exemplo: andar devagar, correr, bater palmas, andar pé ante pé com ajuda visual).

**Objetivo Geral 2:** Promover o desenvolvimento da motricidade fina.

**Objetivos Específicos:** Ser capaz de desenhar o traço vertical e horizontal pela imitação; Promover a capacidade de construir uma torre com pelo menos oito cubos; Desenvolver a ação de encaixar e empilhar.

##### **Linguagem**

**Objetivo Geral:** Desenvolver a linguagem expressiva e recetiva.

**Objetivos Específicos:** Promover a emissão de sons diversos como sílabas, sons dos animais por imitação; Incentivar à repetição de palavras; Promover a identificação dos colegas presentes e ausentes da sala; Potenciar a identificação de objetos e figuras incentivando à verbalização da respetiva palavra; Potenciar a aprendizagem das cores pedindo que identifique as mesmas e as agrupe pela respetiva cor; Potenciar a compreensão da utilização adequada de verbos simples como comer, dormir, beber, entre outros; Potenciar a conjugação de pelo menos duas palavras para formar uma frase simples com intenção justificada; Incentivar à verbalização das suas necessidades na refeição (por exemplo: quero mais; comer maçã; entre outras); Potenciar a concretização de instruções diretas; Realizar pelo menos duas instruções sem repetição.

##### **Cognição e Noção do Corpo**

**Objetivo Geral:** Desenvolver a noção de corpo.

**Objetivos Específicos:** Potenciar a associação do seu nome ao seu corpo frente ao espelho; Potenciar a associação do seu nome a si próprio sem ajuda visual; Identificar as partes do corpo em si próprio; Ser capaz de identificar as partes do corpo no outro;

Ser capaz de nomear as partes do corpo indicadas. Promover a realização de ações através da imitação.

### **Social/Comportamental**

**Objetivo Geral:** Desenvolver o respeito pelo outro.

**Objetivos Específicos:** Promover o controlo da impulsividade; Maximizar o tempo de permanência da atenção nas tarefas; Promover situações de espera em jogos e atividades planeadas; Indicar quem é o próximo a participar na atividade.

### **Autonomia**

**Objetivo Geral:** Desenvolver a autonomia nas refeições.

**Objetivos Específicos:** Promover postura correta enquanto está sentado na mesa; Desenvolver a preensão da colher; Ser capaz de segurar o copo de água.

#### **3.4.2.2. Estudo-de-caso N.**

### **Motricidade**

**Objetivo Geral 1:** Promover o desenvolvimento das capacidades locomotoras.

**Objetivos Específicos:** Desenvolver o padrão do salto; Desenvolver a ação de pontapear; Subir e descer o escorrega autonomamente; Desenvolver o padrão de subir e descer escadas autonomamente; Desenvolver a ação de lançar uma bola com ambas as mãos.

**Objetivo Geral 2:** Promover o desenvolvimento da motricidade fina.

**Objetivos Específicos:** Ser capaz de desenhar o traço vertical e o traço horizontal por imitação; Promover a capacidade de construir uma torre com pelo menos oito cubos; Desenvolver a ação de encaixar e empilhar.

### **Linguagem**

**Objetivo Geral:** Desenvolver a linguagem expressiva e recetiva.

**Objetivos Específicos:** Promover a emissão de sons diversos como sílabas, sons dos animais por imitação; Incentivar à repetição de palavras; Promover a identificação dos colegas presentes e ausentes da sala; Potenciar a identificação de objetos e figuras incentivando verbalização da respetiva palavra; Potenciar a aprendizagem das

cores pedindo que identifique as mesmas e as agrupe pela respetiva cor; Incentivar à verbalização das suas necessidades na refeição. Por exemplo: quero mais; comer maçã; entre outras.

### **Cognição e Noção do Corpo**

**Objetivos Geral:** Desenvolver a noção de corpo.

**Objetivos Específicos:** Potenciar a associação do seu nome ao seu corpo frente ao espelho; Ser capaz de identificar as partes do corpo em si mesma; Ser capaz de nomear as partes do corpo indicadas; Promover a realização de ações através da imitação.

### **Social/Comportamental**

**Objetivo Geral:** Promover a interação social com os colegas.

**Objetivos Específicos:** Ser capaz de seguir instruções indicadas; Realizar jogos em par ou em grupo.

### **Autonomia**

**Objetivo Geral:** Desenvolver a autonomia nas refeições.

**Objetivos Específicos:** Incentivar à postura correta enquanto está sentada na mesa; Potenciar a preensão da colher; Ser capaz de segurar o copo de água.

#### **3.4.2.3. Estudo-de-caso L.**

### **Motricidade**

**Objetivo Geral 1:** Promover o desenvolvimento das capacidades locomotoras.

**Objetivos Específicos:** Promover a posição bípede sem apoio; Promover a disponibilidade emocional para as atividades de âmbito motor; Promover a aquisição do padrão da marcha autónoma e sem qualquer apoio; Desenvolver o padrão do salto; Desenvolver a ação de pontapear; Subir e descer o escorrega autonomamente; Desenvolver o padrão de subir e descer escadas autonomamente; Desenvolver a ação de lançar uma bola com ambas as mãos.

**Objetivo Geral 2:** Promover o desenvolvimento da motricidade fina.

**Objetivos Específico:** Ser capaz de desenhar o traço vertical e o traço horizontal por imitação; Promover a capacidade de construir uma torre com pelo menos oito cubos; Desenvolver a ação de encaixar e empilhar.

### **Linguagem**

**Objetivo Geral:** Desenvolver a linguagem expressiva e receptiva.

**Objetivos Específicos:** Promover a emissão de sons diversos como sílabas, sons dos animais por imitação; Incentivar à repetição de palavras; Promover a identificação dos colegas presentes e ausentes da sala; Potenciar a identificação de objetos e figuras incentivando à verbalização da respetiva palavra; Potenciar a aprendizagem das cores pedindo que identifique as mesmas e as agrupe pela respetiva cor. Potenciar a compreensão da utilização adequada de verbos simples como comer, dormir, beber, entre outros; Potenciar a conjugação de pelo menos duas palavras para formar uma frase simples com intenção justificada. Incentivar à verbalização das suas necessidades na refeição. Por exemplo: quero mais; comer maçã; entre outras.

### **Cognição e Noção do Corpo**

**Objetivo Geral:** Desenvolver a noção de corpo.

**Objetivos Específicos:** Potenciar a associação do seu nome ao seu corpo frente ao espelho; Identificar as partes do corpo em si mesma; Identificar as partes do corpo no outro; Nomear as partes do corpo indicadas.

### **Social/Comportamental**

**Objetivo Geral:** Promover a interação social com os colegas.

**Objetivos Específicos:** Desenvolver a iniciativa própria; Desenvolver a autoconfiança; Seguir as instruções indicadas; Realizar jogos em par ou em grupo; Potenciar situações em que terá de escolher o jogo ou o brinquedo que quer utilizar.

### **Autonomia**

**Objetivo Geral:** Desenvolver a autonomia nas refeições.

**Objetivos Específicos:** Incentivar à postura correta enquanto está sentada na mesa; Potenciar a preensão da colher; Ser capaz de segurar no copo de água.



### **3.4.3. Análise dos resultados de cada estudo-de-caso**

De seguida serão apresentados os resultados observados no processo de intervenção com base nos dados referentes à família, retirados do Inventário das Rotinas da Família, do Questionário das Atividades Diárias e do Inventário das Necessidades e Interesses da Família, e nos dados referentes às crianças segundo as avaliações com *Schedule of Growing Skills II*, e com a Escala de Temperamento e Comportamento Atípico, no estudo-de-caso F..

#### **3.4.3.1. Estudo-de-caso F.**

##### **3.4.3.1.1. Inventário das Rotinas da Família**

Segundo o Inventário das Rotinas da Família preenchido pelos pais do F., foi possível retirar as seguintes conclusões gerais: todos os dias existe uma rotina diária quer de manhã quer à noite e existem momentos de interação familiar diários como brincar em família, ler histórias e jantar em família, mesmo que não seja sempre à mesma hora. Não foram assinalados itens relacionados com atividades extracurriculares quer do F. quer dos pais, nem os itens associados a passeios semanais ou sobre frequentar ludotecas por não serem comportamentos e hábitos desta família.

##### **3.4.3.1.2. Questionário das Atividades Diárias**

Em relação às atividades diárias do F. foi referido que muito frequentemente o F. brinca com brinquedos de empurrar e puxar, com brinquedos de aprendizagem como quadros de cores ou de giz, brinquedos para conduzir, com música, artigos de casa. Ambos os pais brincam com o F. muito frequentemente sendo que realizam brincadeiras quer para o entreter quer para promover o seu desenvolvimento ou prepará-lo para futuras responsabilidades. O F. nunca brinca sozinho pois brinca ou com os irmãos ou com os pais, brinca com livros algumas vezes e raramente brinca com peluches ou bonecos “faz-de-conta”.

##### **3.4.3.1.3. Inventário das Necessidades e Interesses da Família**

O presente Inventário não traduziu qualquer necessidade ou interesses específicos desta família. No entanto em diálogo com a mãe na reunião sobre o comportamento e o desenvolvimento do F. foi possível perceber que esta família atravessa um conjunto de problemas familiares que colocam a mãe numa posição de cansaço físico e mental. Aquando o preenchimento deste Inventário a mãe referiu que não se sentia motivada ou focada no seu preenchimento. No entanto, tal como em outras situações presenciais, referiu como necessidade e interesse prioritário obter informação sobre como lidar com o desenvolvimento do F., tal como sobre as suas capacidades e dificuldades, formas de lidar com o seu comportamento, e como brincar e falar com o

mesmo. Para além de se referir ao F. refere-se também à irmã gémea do F. e ao seu irmão mais velho. Todas as questões relacionadas com os problemas familiares ou com a comunidade, apesar de constarem como interesse e alguns itens como necessidade não foram referidos verbalmente como prioritários.

#### **3.4.3.1.4. Escala de Temperamento e Comportamento Atípico**

Tendo em conta que desde abril o F. começou a apresentar comportamentos desajustados marcados pela irrequietude e dificuldade em lidar com a frustração considerou-se necessário aplicar a escala de temperamento e comportamento atípico para que em reunião com a Educadora e com os pais fosse possível averiguar se existia concordância sobre estes mesmos comportamentos e se decorriam em diferentes contextos. A escala foi preenchida com base na observação do seu comportamento nas sessões, tal como pela Educadora e pela mãe.

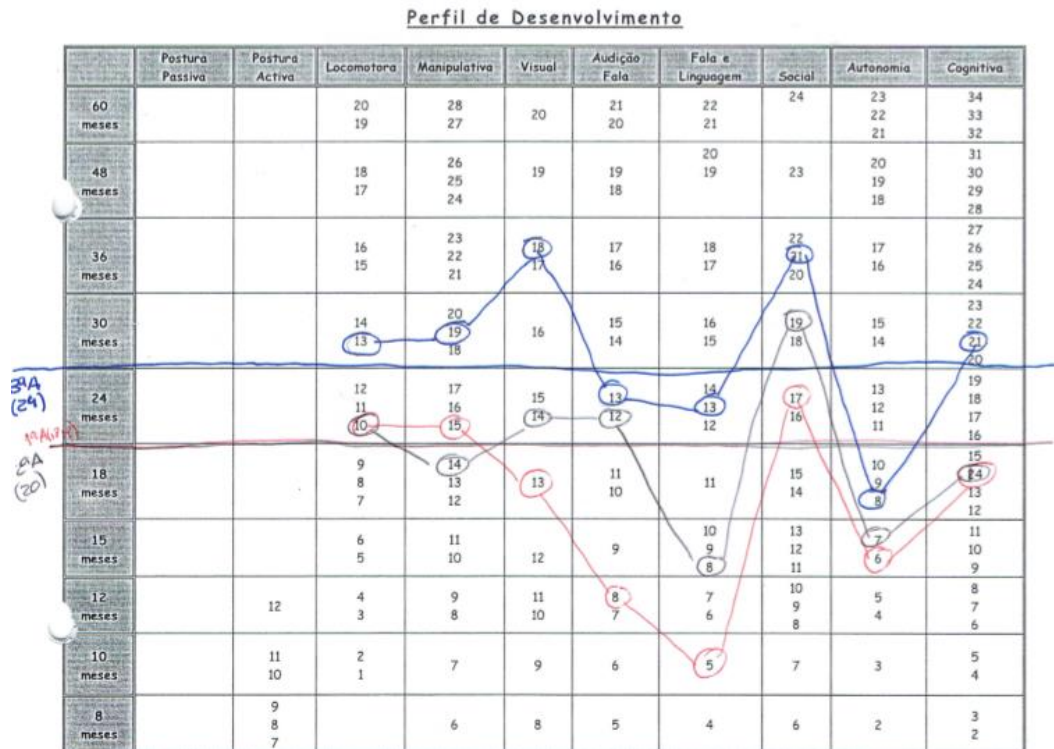
De uma forma geral, existiu maior concordância entre o preenchimento da Educadora e dos pais. Nas sessões de psicomotricidade individuais o F. tem a atenção dirigida para si uma vez nestas são realizados jogos e dirigidas instruções diretamente a este ou no máximo ao F. e a um colega (sessões com participação de um colega). Assim, os resultados verificados pela escala preenchida com base nas sessões de psicomotricidade individual apresentam uma ligeira discrepância dos resultados obtidos pela mesma escala aplicada ao contexto familiar e ao contexto da creche.

No entanto, e em concordância geral, assinala-se uma predominância do perfil de temperamento hipersensível/ativo segundo cada avaliador. Comportamentos como “vagueia sem propósito”; “aborrece-se por pequenas coisas”; “difícil de acalmar quando está chateado ou a chorar”; “frusta-se facilmente”; “chateia-se facilmente”; “tem fortes birras ou “ataques de fúria”; “irrita-se, melindra-se frequentemente.amua”; “Não consegues esperar (é impaciente) pela comida ou pelos brinquedos”; “exige atenção continuamente”; “recusa, na maioria das vezes, fazer aquilo que lhe é dito”; “lança e/ou parte objetos propositadamente” são os principais itens que estão assinalados como “sim” e/ou “precisa de ajuda” por todos os avaliadores.

#### **3.4.3.1.5. Schedule of Growing Skills II**

##### **Perfis de Desenvolvimento relativos à avaliação inicial, avaliação intermédia e avaliação final**

Considerando os resultados da avaliação inicial (outubro; 18 meses), da avaliação intermédia (janeiro; 20 meses) e da avaliação final (maio; 24 meses) foi possível obter os seguintes perfis de desenvolvimento:



- **Caracterização do desenvolvimento do F.: comparação dos resultados da avaliação inicial, da avaliação intermédia e da avaliação final**

### Capacidades locomotoras

Nas capacidades locomotoras não se verificaram resultados abaixo do esperado para sua faixa etária, nas avaliações realizadas. Na avaliação final, confirma-se que o F. executa o padrão da marcha adequado à sua faixa etária, corre com confiança conseguindo parar e retomar a corrida e evita obstáculos e sobe e desce escadas de modo independente, colocando um pé em cada degrau (padrão adulto) apenas com o apoio manual do adulto em momentos pontuais.

### Capacidades Manipulativas

No que diz respeito às capacidades manipulativas, existe uma ligeira diferença no desempenho do F. na avaliação inicial e na avaliação intermédia uma vez que o F. apenas realizou uma torre com 5 cubos nesta última avaliação. No entanto atualmente é possível observar que o F. é capaz de realizar torres com 7 ou mais cubos sem dificuldade. Para além de rabiscar livremente numa folha, também já é capaz de imitar o traço vertical com ajuda manual. Agarra em objetos pequenos e manuseia-os realizando a pinça nítida (oposição completa entre o polegar e o indicador).

### **Capacidades visuais**

Entre a avaliação inicial e a avaliação intermédia o F. adquiriu as seguintes competências: apontar para objetos distantes, mostrar-se interessado em gravuras, reconhecendo detalhes de ilustrações, e completar o quadro das formas. Para além disso, F. na avaliação intermédia já era capaz de identificar 3 cores com sucesso (azul, vermelho e amarelo).

Na avaliação final o F. manteve as aprendizagens verificadas na avaliação intermédia e para além disso demonstrou-se capaz de combinar 4 cores (azul, vermelho, amarelo e verde).

### **Audição e Fala**

A avaliação inicial da presente área traduzia as dificuldades e necessidades detetadas pela avaliação informal. O F. era capaz de compreender os nomes de pessoas e objetos, não identificava partes do corpo na boneca, nem selecionava, a pedido, 2 a 4 objetos. Esta última observação estava em concordância com a preocupação da Educadora da sua sala que referia que na maioria das vezes o F. não era capaz de realizar o que lhe era pedido chegando mesmo a demonstrar-se confuso com a instrução ou o pedido realizado.

Na avaliação intermédia foi possível verificar um progresso significativo no domínio da audição e fala. O F. já era capaz de selecionar, a pedido, 2 de 4 objetos e apontar para partes do corpo na boneca, no entanto, mostrou dificuldades em identificar-se como F. condicionando o reconhecimento de partes do corpo em si próprio e referindo-se a si próprio como “mano”.

Na avaliação final o F. já demonstrou ser capaz de se identificar como F., de reconhecer partes do corpo em si próprio sem dificuldade, e de reconhecer verbos através da utilização de imagens que ilustram ações (ex: comer, beber, dormir).

### **Fala e linguagem**

Pela avaliação inicial do domínio Fala e Linguagem, esta constituía a área menos forte do F., tendo em conta que o desempenho era significativamente baixo para a sua faixa etária. Neste primeiro momento de avaliação foi possível concluir que o F. utilizava lalações incessantes, poucas vezes, não só na creche como também em casa. Este progrediu significativamente neste domínio até ao momento da avaliação intermédia já sendo capaz de utilizar palavras com significado.

Na avaliação final, o F. tentava repetir imensas palavras utilizados pelos outros, juntar duas ou mais palavras para formar frases mais simples e nomeava objetos e gravuras familiares.

### **Capacidades de Interação Social**

A avaliação inicial o F. demonstrava ser capaz de partilhar brinquedos com os colegas e explorar os objetos à sua volta. No entanto, ainda não era capaz de pontapear a bola grande ou atirar uma bola.

Na avaliação intermédia, o F. já era capaz de partilhar brinquedos, de brincar com as outras crianças e mostrava-se preocupado com a irmã e os amigos. No entanto, apresentava dificuldade em seguir regras, em aguardar pela sua vez nas atividades, em evitar responder impulsivamente perante um jogo/brincadeira e por vezes manifestava um comportamento disfuncional na sala, sem que existisse uma razão prévia, por exemplo: aproximava-se de um colega e batia neste, empurrava os colegas e começava a chorar aproximando-se da porta a chamar pelo pai.

Entre a avaliação intermédia até o mês de abril, para além da maior frequência dos comportamentos desajustados citado anteriormente, o F. começou a apresentar novos comportamentos desajustados e até mesmo desafiantes como: rir-se quando era chamado à atenção e repetindo o mesmo comportamento disfuncional logo após a chamada de atenção. Na sala do Instituto Condessa de Cuba (ICC) o F. e a irmã C. estavam constantemente aos empurrões e a disputar os brinquedos.

Após a partilha de estratégias com a Educadora e a mãe do F., tal como uma intervenção mais vocacionada para os problemas comportamentais verificados, na avaliação final o F. apresentou progressos no que diz respeito à agressividade para com os colegas, ao aguardar pela sua vez e à impulsividade dos seus comportamentos. Apesar de existirem progressos nestes aspetos comportamentais, é necessário uma continuidade da intervenção e da utilização das estratégias estruturadas e uma participação ativa por parte da família.

### **Autonomia**

No momento da avaliação inicial, o F. comia na cadeira de bebé com a auxiliar ou a Educadora. Apesar de ser capaz de segurar na colher e de levá-la à boca entornando um pouco a comida, eram as auxiliares a dar o almoço ao F.. Era evidente a vontade própria do F. para comer sozinho e junto dos colegas que já estavam na mesa de

refeições (antes de comer, aproximava-se da mesa e sentava-se; procurava agarrar a colher que estava na mão da auxiliar durante a refeição).

Na avaliação intermédia, em que o F. já tinha iniciado as refeições à mesa no ICC há cerca de uma semana, continuava a segurar na colher, levá-la à boca mas entornando ainda a comida.

No momento da avaliação final, o F., já comia sozinho com a colher, sem entornar muito e já levantava o copo com ambas as mãos, bebendo e colocando-o de novo sobre a mesa. Precisava apenas de apoio nos cuidados de higiene como lavar a boca e as mãos.

### **Capacidades Cognitivas**

É importante relembrar que o resultado no domínio cognitivo advém da soma de itens específicos das capacidades manipulativas, das capacidades visuais e das capacidades de interação social. Isto é, está diretamente relacionado com o desempenho do F. em itens específicos logo a não concretização de algum desses itens afeta o resultado quantitativo deste domínio. No entanto, em todos os momentos de avaliação a cotação obtida neste domínio não traduz qualquer motivo de preocupação estando dentro dos limites normais para a sua faixa etária.

### **Áreas fortes e Áreas menos fortes**

No final das três avaliações realizadas foi possível concluir as seguintes áreas fortes e as áreas menos fortes do F..

Tabela 5. Áreas fortes e Menos fortes do F.

	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Avaliação Intermédia</b>	<b>Avaliação Final</b>
<b>Áreas Fortes</b>	Locomotora, Manipulação e Social	Locomotora, Visual, Audição e Fala, Social	Locomotora, Manipulativa, Visual, Social (observação: as áreas audição e fala, e fala e linguagem já se encontravam acima da linha do perfil de desenvolvimento)
<b>Áreas Menos Fortes</b>	Fala e Linguagem Audição e Fala Autonomia	Fala e Linguagem Autonomia	Autonomia

É importante referir que as áreas menos fortes são sempre consideradas como áreas de capacidade emergente. Quer isto dizer que ao longo do tempo estas áreas poderão constituir áreas fortes através do seu desenvolvimento e o progresso no seu dia a dia. Por exemplo, apesar de a autonomia continuar sinalizada como uma área menos forte segundo o instrumento utilizado, o F. está numa fase de aprendizagem destas mesmas competências, pelo que é expectável que ainda exista necessidade de o aperfeiçoamento e da aprendizagem de competências associadas a esta área de desenvolvimento.

### **3.4.3.2. Estudo-de-caso N.**

#### **3.4.3.2.1. Inventário das Rotinas da Família**

De uma forma geral, pelo preenchimento do Inventário das Rotinas da Família, é possível concluir que a N. tem uma rotina diária principalmente ao longo da semana nomeadamente a mesma rotina matinal tal como a mesma rotina ao chegar a casa no final do dia, brincando em família, e à noite, deitando-se à mesma hora após ouvir uma história e um beijo de boa noite. A N. gosta muito de ajudar a mãe nas tarefas doméstica e ajuda a pôr a mesa (conforme indicado pela mãe).

No entanto no que consta sobre passeios, atividades extracurriculares ou atividades como ir à ludoteca em família a mãe assinala que não têm esse hábito familiar.

#### **3.4.3.2.2.      *Questionário das Atividades Diárias***

Segundo o preenchimento do presente questionário verifica-se que a N. tem contato com diferentes brinquedos acedendo já ao jogo “faz de conta” por influência da irmã mais velha com quem brinca todos os dias.

Muito frequentemente, a N. brinca com livros e com bonecos “faz de conta”; frequentemente brinca com brinquedos de empurrar e puxar, para conduzir; algumas vezes brinca com peluches, brinquedos de aprendizagem como quadro de cores ou giz e artigos de casa.

Todas as brincadeiras que tem com a mãe e a irmã são frequentemente para a entreter, e algumas vezes para promover o seu desenvolvimento ou prepará-la para futuras responsabilidades.

Brinca algumas vezes com o pai com quem mantém pouco contato.

#### **3.4.3.2.3.      *Inventário das Necessidades e Interesses da Família***

Ao longo do preenchimento do Inventário a mãe da N. apenas especificou os primeiros dois itens como interesse e como necessidade. No entanto ao longo do Inventário é possível averiguar o grau de prioridade que a mãe aplica aos vários temas apresentados indicando, de certa forma, o seu interesse ou a sua necessidade.

A mãe da N. aponta como interesse prioritário saber mais sobre as capacidades e as necessidades atuais da N. e como necessidade não prioritária, conhecer o desenvolvimento global das crianças, tal como ensinar, lidar, falar e brincar com a N..

Relativamente à família atribui prioridade a saber como resolver os problemas familiares em conjunto, e em divertir-se e ter momentos de lazer com a sua família. No entanto, aponta interesse/necessidade em obter mais apoio para si e em ter mais tempo para si. Ainda relacionado com a família, afirma que não tem interesse ou necessidade em saber como poderá envolver mais a família ou os amigos nos cuidados ou nos tempos livres da sua filha.

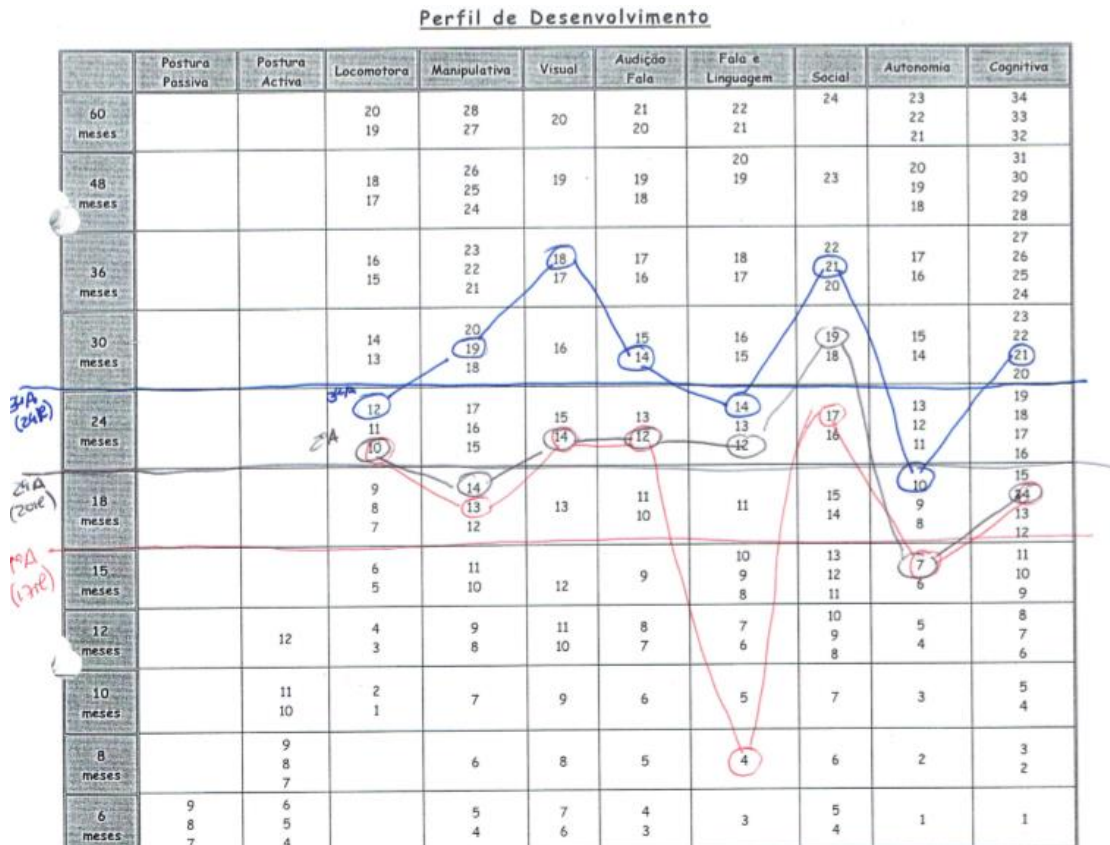
No que consta sobre a comunidade não demonstra interesse ou necessidade em obter mais informação sobre os brinquedos adequados à idade da N., em encontrar creches ou *babysisters*. No entanto aponta como interesse/necessidade obter mais informação sobre cuidados médicos, alimentação, ajuda legal, intervenção em momentos de crise e em incluir a N. em atividades extracurriculares.



### 3.4.3.2.4. Schedule of Growings Skills II

- Perfis de Desenvolvimento relativos à avaliação inicial, avaliação intermédia e avaliação final

Considerando os resultados da avaliação inicial (outubro; 17 meses), da avaliação intermédia (janeiro; 20 meses) e da avaliação final (maio; 24 meses) foi possível obter os seguintes perfis de desenvolvimento:



- Caracterização do desenvolvimento da N.: comparação dos resultados da avaliação inicial, da avaliação intermédia e da avaliação final

#### Capacidades locomotoras

A N. tal como o F. apresenta um desenvolvimento típico deste domínio de acordo com o esperado para a sua faixa etária em todas as avaliações realizadas. Na avaliação final, observa-se que a N. executa o padrão de marcha adequado à sua faixa etária, corre com confiança conseguindo parar e retomar a corrida evitando obstáculos, e sobe e desce as escadas sem alternância de pés de modo independente.

### **Capacidades Manipulativas**

Quanto às capacidades manipulativas da N., esta sempre demonstrou sucesso nestas competências. Na avaliação inicial já realizava torres de 4 a 6 cubos, rabiscava para cá e para lá com um traço saliente, e apesar de não o realizar na sessão de avaliação já virava várias páginas dos livros autonomamente. Na avaliação intermédia manteve o mesmo perfil referente a estas competências mas no entanto era notório um aperfeiçoamento da pinça e da sua destreza nomeadamente na contração das torres. Até à avaliação final a N. progrediu imenso nas suas capacidades manipulativas sendo capaz de colocar 10 pinos dentro da chávena em 30 segundos, de construir torres com mais de 7 cubos e de copiar o traço vertical sem ajuda, e o traço horizontal e o circular com ajuda manual.

### **Capacidades visuais**

Entre a avaliação inicial e a avaliação intermédia a N. demonstrou as mesmas capacidades manipulativas sendo estas: apontar para objetos distantes, mostrar-se interessado em gravuras, reconhecendo detalhes de ilustrações, e completar o quadro das formas.

Na avaliação final a N. para além das competências referidas anteriormente já combinava com segurança 2 cores, e com ajuda pontual também já combinava 4 cores.

### **Audição e Fala**

Mais uma vez entre a avaliação inicial e a avaliação intermédia as competências referentes a esta área avaliada mantiveram-se. Ou seja, em ambas as áreas a N. era capaz de apontar para partes do corpo pedidas quer em si quer na boneca e de seguir ordens de dois passos.

Na avaliação final, a N. mostra uma evolução nesta área sendo capaz de mostrar compreender verbos através da utilização de imagens de atividades e ações tal como funções dos objetos, através da utilização de imagens.

### **Fala e linguagem**

Na avaliação inicial, confirmou-se as observações informais e a preocupação da Educadora e da mãe da N. A N. não balbuciava, nem emitia lalações. Esta ausência de linguagem expressiva advém de um retrocesso nesta área uma vez que a mãe

referia que a N. em casa já tinha balbuciado durante um período de tempo mas que depois deixou de o fazer, principalmente após o divórcio dos pais.

Na avaliação intermédia, a N. apresentou uma evolução muito significativa neste domínio. A N. já era capaz de imitar sons e começava a juntar duas palavras para formar uma frase simples (por exemplo: eu também).

Por fim, na avaliação final a N. continuou a demonstrar progressos nesta área. Assim já unia frequentemente duas palavras ou mais para formar frases simples, nomeava objetos e imagens familiares, e tinha um discurso compreensível não só pela mãe como pela equipa da creche.

### **Capacidades de Interação Social**

A N. na avaliação inicial e intermédia, demonstrava saber partilhar brinquedos, brincar sozinha, explorar brinquedos e brincar de forma habilidosa. Na avaliação final, a N. demonstrava preocupação com os colegas, atirava a bola por cima da cabeça, sabia aguardar pela sua vez de jogar, pontapeava uma bola grande mas no entanto apesar de continuar a partilhar brinquedos, por vezes recusava-se a partilhar os brinquedos e procurava defender-se.

### **Autonomia**

Na avaliação inicial a N. era capaz de segurar um copo com ambas as mãos entornando pouco, sendo no entanto ainda alimentada pelas auxiliares.

No momento da avaliação intermédia a N. já comia na mesa da refeição, sendo capaz de levar a colher à boca apesar de ainda entornar um pouco de comida. Para além disso, por vezes dava sinal de ter feito alguma necessidade, aproximando-se da auxiliar ou da educadora e começando a tocar na fralda.

Na avaliação final, a Educadora mencionou que a N. já não dava sinais quando tinha feito alguma necessidade. No que diz respeito à autonomia nas refeições, a N. já comia perfeitamente sozinha.

### **Capacidades Cognitivas**

A cotação obtida neste domínio do instrumento situava-se sempre dentro dos limites do esperado para a sua faixa etária.

### **Áreas fortes e Áreas menos fortes**

No final das três avaliações realizadas foi possível concluir as seguintes áreas fortes e as áreas menos fortes da N..

**Tabela 6. Áreas fortes e Menos fortes da N.**

	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Avaliação Intermédia</b>	<b>Avaliação Final</b>
<b>Áreas Fortes</b>	Locomoção, Social	Social	Visual, Social
<b>Áreas Menos Fortes</b>	Fala e Linguagem	Autonomia	Autonomia

No caso da N. é importante mencionar que a partir da avaliação intermédia, a área da fala e linguagem passou a estar dentro dos limites da cotação adequada para a sua faixa etária apesar de não constar como área forte.

#### **3.4.3.3. Estudo-de-caso L.**

##### **3.4.3.3.1. Inventário das Rotinas da Família**

Pela análise realizada do Inventário das Rotinas da Família, é possível concluir que existe uma rotina diária que se prolonga por toda a semana principalmente de manhã e na hora de deitar. Entre 1 a 2 vezes por semana, os pais dispõem de tempo para brincar ou falar com a L., mas no entanto a L. 1 a 2 vezes por semana brinca sozinha porque na maioria do tempo em que está em casa brinca com a irmã mais velha.

No entanto, na maioria dos dias a família reúne-se à hora de jantar e tem o acompanhamento de familiares.

##### **3.4.3.3.2. Questionário das Atividades Diárias**

Segundo o Questionário das Atividades Diárias muito frequentemente a L. brinca com livros e com brinquedos com música.

Frequentemente, brinca com brinquedos de empurrar e puxar, de conduzir, de aprendizagem e com artigos de casa e realiza jogos/brincadeiras que tem como objetivo promover o desenvolvimento ou prepará-la para futuras responsabilidades.

Algumas vezes brinca com peluches, com bonecos ao “fazer de conta” e por vezes, brinca com os pais. Por outro lado, raramente brinca sozinha.

#### **3.4.3.3.3. *Inventário das Necessidades e Interesses da Família***

Ao longo do Inventário a mãe não diferencia o que constituiu interesse ou necessidade no entanto é possível diferenciar a prioridade que atribui a cada item apresentado.

Relacionado com a criança a mãe coloca como como interesse/necessidade prioritário saber mais sobre as capacidades e necessidades atuais da L., aprender formas de lidar com e ajudar a L.. Por outro lado, assinala também interesse/necessidade em saber mais sobre o desenvolvimento global da criança, e em como poderá ensinar a L..

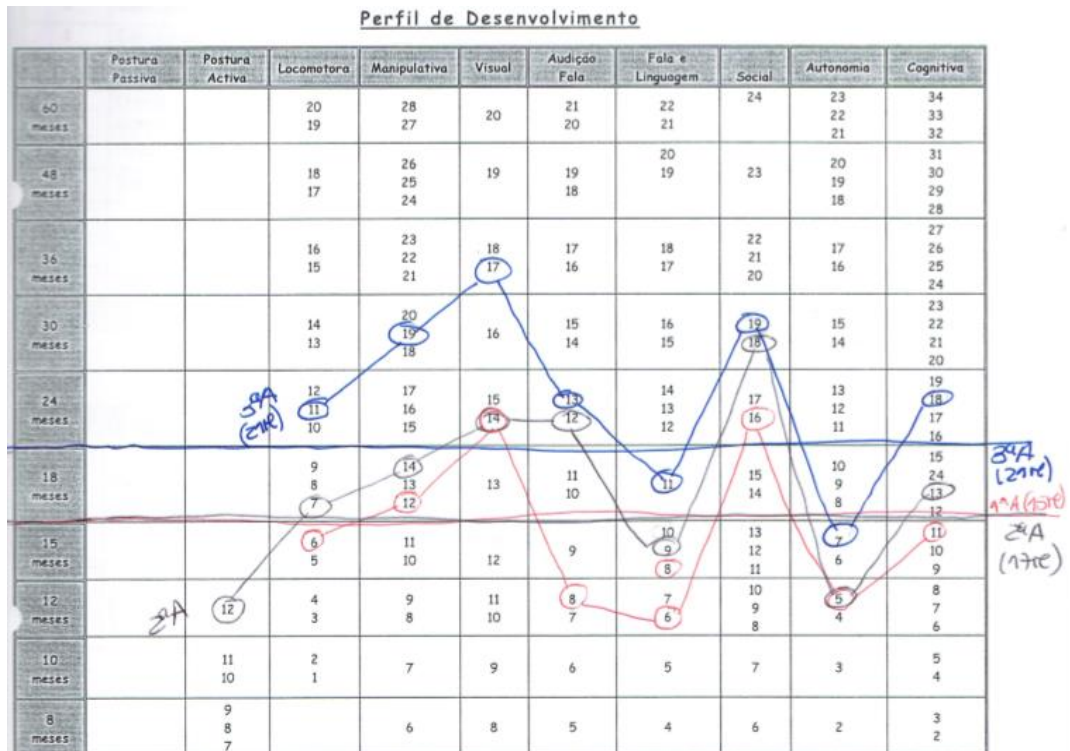
Relacionado com a família, a mãe da L. demonstra interesse/necessidade, sem ser uma prioridade atual, em envolver a família e os amigos nos cuidados e tempos livres da L., aprender a resolver os problemas familiares em conjunto, em ter mais tempo livre e momentos de lazer em família e em obter mais apoio e tempo para si e mais apoio para o seu companheiro.

Por fim, sobre a comunidade a mãe não apresenta interesses/necessidades prioritárias mas refere interesse/necessidade em obter mais informação sobre cuidados médicos, alimentação, intervenção em momentos de crise, e em incluir a L. em atividades extracurriculares. No entanto não consitui um interesse/necessidade saber mais sobre ajuda legal ou sobre brinquedos adequados à idade da L., em encontrar creches ou babysisters.

#### **3.4.3.3.4. *Schedule of Growing Skills II***

- **Perfis de Desenvolvimento relativos à avaliação inicial, avaliação intermédia e avaliação final**

Considerando os resultados da avaliação inicial (outubro; 15 meses), da avaliação intermédia (fevereiro;17 meses) e da avaliação final (maio; 21 meses) foi possível obter os seguintes perfis de desenvolvimento:



- **Caracterização do desenvolvimento da L.: comparação dos resultados da avaliação inicial, da avaliação intermédia e da avaliação final**

### Capacidades locomotoras

A avaliação inicial deste domínio não espelha a reação comportamental da L. perante a sua autonomia ou tentativa de autonomia no que diz respeito à posição bípede sem apoio e à marcha. Isto é, não traduz a reação de medo, insegurança e choro que a L. transmite em qualquer tentativa de aperfeiçoar estas aquisições.

No momento da avaliação intermédia, foi possível confirmar uma alteração desta mesma reação negativa e o progresso na sua participação e motivação para se manter em posição bípede autonomamente tal como andar sozinha. Neste momento, apenas assustava-se e mostrava-se receosa em atividades de âmbito motor como andar de escorrega, subir e descer blocos, rolar sobre si mesma, entre outras. No entanto apesar de ainda reagir assim perante estas atividades, já era possível acalmá-la e persuadi-la facilmente a participar nas atividades lúdicas de carácter motor. Quanto ao padrão de subir e descer escadas, mantinha o verificado na avaliação inicial: sobe as escadas com a mão segura, colocando ambos os pés no mesmo degrau (sem alternância de pés) e com o apoio manual do adulto.

Na avaliação final, a participação e a disponibilidade emocional para atividades de âmbito motor mostrava progressos significativos, não existindo dificuldades neste

âmbito. O padrão de subir e descer degraus alterou-se, passando a subir e a descer as escadas, com confiança, sem alternância de pés, apoiando-se apenas no corrimão da escada. Por vezes, ainda se observava dificuldades no equilíbrio dinâmico inerente a esta ação.

### **Capacidades Manipulativas**

Relativamente às capacidades manipulativas, na avaliação inicial demonstrava intencionalidade ao atirar brinquedos para o chão, virava várias páginas ao mesmo tempo e era capaz de realizar torres de 3 cubos apresentando alguma dificuldade na sua destreza manual ao agarrar os cubos e ao colocá-los sobrepostos. Ainda não agarrava no lápis ou explorava a sua utilidade mesmo após uma demonstração.

No entanto, até à avaliação intermédia foi possível verificar um aperfeiçoamento da sua destreza manual, sendo capaz de construir torres de 4 a 6 cubos autonomamente e de agarrar no lápis e rabiscar livremente.

Na avaliação final, a Laura continuou a mostrar progressos neste domínio, sendo capaz de colocar 10 pinos dentro de um copo em 30 segundos, construindo agora torres de 7 a mais cubos, e copiando o traço vertical com ajuda manual em momentos pontuais.

### **Capacidades visuais**

A avaliação das capacidades visuais da L. demonstra um contínuo progresso ao longo do tempo de intervenção. Enquanto na avaliação inicial a L. já era capaz de reconhecer figuras e apontava para objetos distantes, na avaliação intermédia a L. era capaz de completar o quadro das formas sem qualquer ajuda. Na avaliação final, a L. reconhecia pequenos detalhes de ilustrações e combinava pelo menos 2 cores.

### **Audição e Fala**

Na avaliação inicial a L. demonstrava compreender nomes de objetos e pessoas e reconhecer o seu nome mas no entanto não era ainda capaz de selecionar 2 a 4 objetos quando pedido. Nesta avaliação por vezes demonstrava não perceber o que lhe era pedido e não reconhecia qualquer parte do corpo.

Na avaliação intermediária, a L. demonstrou novamente imensos progressos sendo capaz de reconhecer partes do corpo em si e na boneca, selecionar 2 a 4 objetos a pedido, e seguir uma ordem de dois passos. Nesta avaliação demonstrava alguma insegurança nas suas respostas, olhando sempre para o avaliador como que à

procura de uma confirmação de que estava a realizar corretamente o que lhe era pedido.

Na avaliação final, continuou a mostrar progressos demonstrando compreender verbos através de ilustrações de atividades ou ações com facilidade.

### **Fala e linguagem**

As preocupações com a fala e linguagem da L. foram retratadas na avaliação formal inicial. Neste momento, a L. balbuciava pouco mas não imitava sons e não utilizava uma palavra com significado.

Na avaliação intermédia a L. balbuciava com frequência, imitava sons e utilizava pelo menos 4 palavras com significado.

Até à avaliação final a L. continuou a progredir conseguindo verbalizar pelo menos 7 palavras com significado, e tentando repetir não só sons como palavras.

### **Capacidades de Interação Social**

Neste domínio, as preocupações e as dificuldades observadas informalmente e também partilhadas pela Educadora não se refletiram na avaliação inicial.

As conclusões retiradas da avaliação inicial traduziam que a L. era capaz de partilhar brinquedos, de explorar brinquedos à sua volta no entanto sempre sozinha e sem muita aproximação aos colegas, e sem explorar os brinquedos de forma habilidosa (ex: empurrar brinquedos).

Na avaliação intermédia, foi possível observar melhorias principalmente no que diz respeito à exploração de brinquedos de forma habilidosa e na tentativa de brincar com os seus colegas.

Na avaliação final, a L. para além de procurar aproximar-se dos colegas e de interagir com estes, demonstrava preocupação para com estes na medida em que perante uma situação em que um colega estava a chorar a L. observava a situação, e por vezes sentava-se perto do colega.

### **Autonomia**

A L. demonstrava falta de estimulação no que consta à autonomia. Com os 15 meses ainda não segurava a colher e levava à boca, transparecendo não perceber o que



poderia fazer com este objeto. Na creche comia na cadeira de bebé, com a ajuda da auxiliar.

Na avaliação intermédia manteve-se o mesmo registo. Apenas na avaliação final, com a passagem para a mesa das refeições, foi possível observar progressos neste sentido da autonomia nas refeições. Neste momento, já era capaz de agarrar na colher e levá-la à boca, entronando alguma comida tal como de levar o copo à boca com as duas mãos sem entornar muito.

### **Capacidades Cognitivas**

No que diz respeito às cotações obtidas referentes a este domínio conclui-se que todas as cotações encontravam-se no limite de cotação esperado para a sua faixa etária.

### **Áreas fortes e Áreas menos fortes**

No final das três avaliações realizadas foi possível concluir as seguintes áreas fortes e as áreas menos fortes do L..

**Tabela 7. Áreas fortes e Menos fortes da L.**

	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Avaliação Intermédia</b>	<b>Avaliação Final</b>
<b>Áreas Fortes</b>	Visual, Social	Visual, Audição e Fala	Visual, Manipulativa, Social
<b>Áreas Menos Fortes</b>	Audição e Fala Fala e Linguagem Autonomia	Autonomia	Autonomia

Tal como no caso da N., no caso da L.. é importante mencionar que a partir da avaliação intermédia, a área da fala e linguagem passou a estar dentro dos limites da cotação adequada para a sua faixa etária apesar de não constar como área forte.

#### **3.4.4. Dificuldades e desafios**

Inicialmente, a primeira dificuldade baseava-se na preocupação em adaptar-me à EMDIIP de forma a corresponder às expectativas e em estabelecer uma relação empática com todos os membros desta equipa. De seguida, ao tomar conhecimento sobre o projeto que a EMDIIP me apresentava como proposta de estágio, constatei que também teria de me adaptar e de estabelecer uma relação profissional com a

equipa da creche do Instituto Condessa de Cuba, à qual teria de apresentar a intervenção psicomotora como uma mais-valia na promoção do desenvolvimento infantil, particularmente na sua vertente preventiva.

Aprofundar os meus conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil foi outro desafio que me levou a novas pesquisas e leituras, bem como a trocas de ideias e conhecimento junto da equipa da EMDIIP e da Equipa da Creche.

Iniciar a abordagem junto dos pais nomeadamente os pais dos bebés que constituíram estudos-de-caso, colocou-me à prova e trouxe-me bastante ansiedade mas, ao mesmo tempo, tornou-se numa das principais mais-valias deste estágio. Principalmente no estudo-de-caso F., em que foi difícil conseguir alcançar os pais do F. e aproximar-me do seu contexto familiar para ser possível partilhar estratégias e recursos para garantir a continuidade da intervenção fora do ICC. No entanto, com muito esforço consegui estabelecer uma relação empática com a mãe do F. que, progressivamente foi procurando abordar-me sobre as suas preocupações e necessidades não só acerca do F. mas relativamente a todo o contexto familiar.

Inicialmente, no que diz respeito à continuidade da intervenção psicomotora no dia a dia da creche, houve alguma dificuldade em assegurá-la principalmente porque a equipa da creche ainda desconhecia a intervenção psicomotora e a sua importância. No entanto, ao estabelecer-se uma relação empática com esta equipa e ao estar mais presente nas suas rotinas, verificou-se uma maior disponibilidade para seguirem as estratégias discutidas para cada criança e uma maior confiança na intervenção psicomotora.

Por fim, ao acompanhar as estagiárias de licenciatura ao longo do seu estágio curricular, nomeadamente na intervenção com os seus estudos-de-caso durante o segundo semestre, senti, ainda mais, o dever de dar o melhor de mim e em consolidar os meus conhecimentos e as minhas aprendizagens até então para conseguir proporcionar às minhas futuras colegas de profissão uma experiência enriquecedora que lhes permitisse crescer a nível profissional e a nível pessoal.

No final do estágio, senti que fui ultrapassando e contornando as minhas dificuldades dando o melhor de mim e nunca esquecendo que saber pedir apoio ou ajuda, e procurar saber mais ou melhor será sempre uma mais-valia para o meu futuro profissional.

### **3.5. Atividades complementares de formação**

Ao longo do período de estágio para além da intervenção psicomotora decorreram as seguintes atividades complementares:

#### **3.5.1. Apresentação do programa “ Olá bebé – ICC”**

No dia 6 de novembro de 2014 decorreu a apresentação do plano educativo 14/15 para a creche do ICC. Nesta mesma apresentação, abordou-se junto dos pais o projeto “Olá bebé” apresentando a proposta de intervenção em psicomotricidade e o modo de funcionamento do projeto. Para além disso, tive oportunidade de conhecer os pais da maioria dos bebés num momento de partilha. Este momento foi importante para conhecer os pais e, um pouco, das crianças com quem iria trabalhar (ver anexo XII).

#### **3.5.2. Cadernos da Psicomotricidade**

Foi também criado, para cada bebé, um caderno da psicomotricidade. À sexta-feira o caderno era entregue a cada família com o resumo das atividades da semana realizadas nas sessões de intervenção psicomotora e os respetivos objetivos. Para além disso, era enviada uma atividade para as famílias realizarem no fim de semana com o seu bebé que incluía ainda um mini-questionário sobre a avaliação do comportamento e da participação do bebé durante a atividade ou então era exposto ou enviada para casa informação sobre diferentes áreas do desenvolvimento.

Os complementos referidos tinham como principal objetivo facilitar a interação com as famílias mas acima de tudo intervir junto das famílias reforçando a importância da participação dos pais no processo de desenvolvimento dos seus bebés.

#### **3.5.3. Novos materiais e adaptações nas salas**

Cada sala do berçário tinha os seus materiais e brinquedos no entanto a sala Arco-Íris era uma sala ampla, com dois espelhos na sala e uma barra de apoio à posição bípede. Para além do tapete da sala que casualmente era colocado num lugar diferente, e dos brinquedos que estavam dentro de caixas, não existia uma organização por divisões na sala. Desta forma, foram desenvolvidos de raiz: cubos de estimulação, pegadas para o chão e mãos para a parede com pinturas realizadas pelos bebés ou com imagens de diferentes padrões, para ambas as salas; na sala Arco-Íris, foi colocado um modelo do corpo humano com os recortes das partes do corpo para facilitar a aquisição da noção de corpo, noutra zona da sala foram colocadas cartolinas com as cores primárias sobre as quais poderiam colocar um cartão sobre a cartolina da respetiva cor e por fim noutra zona da sala foi colocado um

mapa em que poderiam colocar o sol, a chuva, a nuvem consoante aquilo que conseguiam observar pela janela.

Também para as sessões foram desenvolvidos diferentes materiais consoante a sua necessidade, e os objetivos a trabalhar nas atividades. São exemplo, cartões dos animais, garrafas sonoras, cartões das cores, cartões de estimulação, entre outros (ver anexo XIII).

#### **3.5.4. Acompanhamento das Estagiárias de Licenciatura**

No primeiro semestre do ano letivo 2014/2015, estava incluído no estágio de licenciatura das estagiárias da EMDIIP observar as sessões de psicomotricidade de grupo na sala Arco-Íris às terças-feiras de manhã.

No segundo semestre para além destas sessões, acompanhei as sessões de psicomotricidade das estagiárias com os seus estudo-de-caso. Inicialmente as sessões foram planeadas e executadas por mim, com a observação participada das mesmas, até que progressivamente começaram a realizar os planeamentos e a intervir autonomamente.

No fim de todas as sessões quer no primeiro quer no segundo semestre, reunia com as mesmas e discutíamos as suas dificuldades, como tinha decorrido a sessão, o que tinha sido positivo e o que teria de ser melhorado. Para além disso, todas as semanas, no segundo semestre, cada estagiária ficou responsável por fazer uma pesquisa sobre um tema do desenvolvimento infantil em particular que tivesse suscitado dúvida ou curiosidade partilhando esse conhecimento com as colegas.

#### **3.5.5. Intervenção no Kriabebés: J.**

De janeiro a junho para além da intervenção no ICC, às segundas-feiras das 16:30 às 17:30 realizei sessões de intervenção psicomotora com o J. no Kriabebés. O J. tinha três anos e ao chegar à sala dos três anos, uma vez que apresentava algumas dificuldades relacionais e comportamentais que condicionam a sua aprendizagem, voltou para a sala dos dois anos. Em reunião entre os pais, o Kriabebés e o Psicomotricista André Rica ficou definido que, uma vez por semana, iria acompanhá-lo na sua sala e intervir de forma a promover o desenvolvimento da sua linguagem expressiva, um ajustamento do seu comportamento em sala e a promover as suas competências relacionais. No fim de cada sessão, dialogava com a sua Educadora e discutíamos quer os progressos, quer as dificuldades quer as estratégias a aplicar em sala. Foi com sucesso que o João, durante este período apresentou progressos

significativos no seu desenvolvimento condicionando também a aprendizagem de novas aquisições (ver anexo XIV).

### **3.5.6. Formação “Comportamentos Disfuncionais”**

A convite da EMDIIP participei na formação “Comportamentos Disfuncionais” que decorreu entre fevereiro e março, em sessões semanais de duas horas e meia.

Ao longo da formação foram apresentadas estratégias para lidar com comportamentos disfuncionais tal como perturbações caracterizadas por comportamentos disfuncionais.

### **3.5.7. Reunião com a Mãe do F.**

Em abril quando o F. começou, várias vezes ao dia, a chorar sem motivo aparente, de forma inconsolável, a regredir para o comportamento agitado do início da intervenção e manifestar comportamentos desafiantes (por exemplo, repetir incisivamente comportamentos pelos quais era chamado à atenção) que se evidenciavam em comparação aos seus colegas, marquei uma reunião com a mãe do F. para averiguar em conjunto com a Educadora em que contextos e situações o F. apresentava este comportamento e que estratégias poderíamos aplicar.

Após duas tentativas para reunir com os pais do F., a reunião decorreu apenas com a mãe. Desta forma, a reunião decorreu num dos gabinetes da EMDIIP também com a Educadora da Creche presente. Após o diálogo sobre os vários comportamentos do F. e as circunstâncias em que se evidenciam tal como as estratégias a aplicar a partir de então, foram relatadas pela mãe problemas familiares nomeadamente com o seu marido e o seu filho mais velho. Problemas estes que certamente explicam grande parte do comportamento do F..

Após a apresentação do relatório de desenvolvimento (ver anexo XV) e das estratégias a aplicar, foi também partilhada informação sobre a importância do apoio psicológico para toda a família.

A partir desta reunião, foi notória a motivação da mãe em abordar e dialogar sobre como estava a decorrer a aplicação das novas estratégias em casa e sobre as suas necessidades e dificuldades.

### **3.5.8. *Workshop* “Brincar com o bebé”**

No dia 4 de junho realizei um *workshop* sobre a importância do brincar e da participação dos pais no desenvolvimento dos seus filhos. Este *workshop* decorreu durante uma hora aproximadamente com os pais e filhos. Iniciou-se com um momento de partilha e diálogo com os pais sobre os seus momentos familiares e a importância

da sua participação no desenvolvimento dos filhos. De seguida, livremente os pais e filhos deslocaram-se à zona com atividades já estruturadas. Enquanto interagiam com os seus filhos, questionavam a sua abordagem, pediam sugestões e alguns descobriam novas aptidões dos seus filhos.

Este *workshop* teve como objetivo principal, à exceção da partilha de conhecimentos, dar por finalizado o meu período de estágio, através de uma mensagem que de certa forma resumia todo o meu propósito ao longo do ano letivo (ver anexo XVI).

#### **4. conclusão, Síntese geral e Perspetivas de Futuro**

A partir da experiência gratificante que tive oportunidade de vivenciar na EMDIIP e na creche do Instituto Condessa de Cuba, terei de me referir não só às conclusões gerais sobre o trabalho realizado ao longo do ano letivo mas também às aprendizagens que certamente irão marcar toda a minha vida profissional e pessoal.

De uma forma geral, sinto que: adquiri conhecimentos teóricos sobre as várias temáticas associadas ao meu estágio curricular e sobre novos instrumentos de avaliação; integrei ambas as equipas de profissionais com que trabalhei com motivação e com espírito de equipa, apresentando-me sempre disponível para ajudar, escutar e partilhar opiniões, conhecimento e estratégias; e cresci no que diz respeito às minhas competências sociais, autoconfiança e sensibilidade para lidar e ultrapassar os desafios inerentes à minha profissão.

Relativamente à intervenção propriamente dita, observei resultados positivos com base no trabalho efetuado nas sessões de psicomotricidade em formato grupal e individual, no trabalho com os pais e na articulação com a equipa da creche. De forma geral, sinto que consegui colaborar na divulgação do trabalho possível no âmbito da Intervenção Precoce e da Psicomotricidade, sobre a sua importância para o desenvolvimento infantil e como estas poderão ser aplicadas nos contextos naturais das crianças. O trabalho com as famílias, realizado no âmbito dos estudos de caso, nomeadamente a família do F., provou ser o maior desafio, no entanto, para além da observação dos progressos no desenvolvimento observados nas crianças, tornou-se numa das atividades que mais gostei de realizar ao longo do estágio.

Quanto a perspetivas futuras, considerando o prosseguimento do estágio nos mesmos contextos, em anos seguintes, sugiro a realização de atividades de relaxação à equipa de creche, como forma de promover uma melhoria no seu bem-estar, uma vez que observei algum desgaste profissional nos membros da mesma.

Ao longo deste estágio, descobri que, no futuro, pretendo aprofundar as minhas competências profissionais no âmbito da intervenção precoce e intervenção familiar, visando aperfeiçoar as minhas aptidões para apoiar as famílias com crianças enquadradas em diversas problemáticas. Acompanhar as dificuldades e necessidades das crianças intervindo para garantir o seu progresso e o seu sucesso no futuro é, sem dúvida, o trabalho mais gratificante de sempre, aprendendo assim a valorizar os momentos mais simples, até mesmo uma simples palavra.

Não foram apenas as crianças e as famílias que contribuíram para um conjunto de aprendizagens profissionais e pessoais, mas também a EMDIIP e a equipa da creche do ICC. A motivação, a dedicação e a paixão com que todos os membros da equipa da EMDIIP trabalham é, sem dúvida, uma fonte de inspiração para o meu futuro profissional, para a profissional que quero ser. Por outro lado, o empenho da equipa de creche do ICC em dar o seu melhor perante qualquer adversidade permitiu-me interiorizar que tudo é possível desde que haja motivação para dar o máximo de nós seja quais foram as circunstâncias.

Todos desafios e aprendizagens, quer a nível profissional quer a nível pessoal, permitiram ter uma experiência que, sem dúvida, irá condicionar a pessoa e psicomotricista que pretendo ser tal como a forma como vejo a vida. Foi uma experiência que nunca irei esquecer.

## 5. Bibliografia

- Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro. (2009). *Diário da República*, 1.ª série — N.º 193 — 6, 1ª série, nº193, 7298-7301.
- Portaria n.º 262/2011. (2011). *Diário da República* 1.ª série — N.º 167 — 31, 4338-4343.
- Almeida, I. (2010). O modelo de intervenção centrado na família: da teoria à prática. *Revista Diversidades*, 27.
- Almeida, I. d., Carvalho, L., Ferreira, V., Grande, C., Lopes, S., Pinto, A. I., et al. (2011). Práticas de intervenção precoce baseadas nas rotinas: um projeto de formação e investigação. *Análise Psicológica*, 1 (XXIV), pp. 83-96.
- Almeida, L. R. (2014). A questão do Eu e do Outro na psicogenética walloniana. *Estudos de Psicologia*, 31(4), pp. 595-604.
- American Academy of Pediatrics [AAP]. (2009). Developmental Screening in Early Childhood Systems.
- Amorim, R., Laurentino, G., Barros, K., Ferreira, A., Filho, A., & Raposo, M. (2009). Programa de saúde da família: proposta para identificação de fatores de risco para. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13 (6), pp. 506-513.
- Associação Resgate. (2015). *Associação Resgate*. Obtido em 22 de Agosto de 2015, de Associação Resgate: <http://www.associacaoresgate.pt/#>
- Baratina, I. (2012). *A importância do jogo no desenvolvimento infantil*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior Almeida Garrett.
- Barros, R., Carvalho, M. d., Franco, S., Mendonça, R., & Rosalém, A. (2011). Uma avaliação do impacto da qualidade da creche no desenvolvimento infantil. *Pesquisa e Planeamento económico*, 4 (2).
- Barros, S. A. (2007). *Qualidade em contexto de creche: ideias e práticas*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Boavida, J. E. (1995). Um processo Transdisciplinar e Inter-serviços: Intervenção Precoce no Distrito de Coimbra. In L. Castro, J. Fernandes, M. Madeira, A. Cruz, Z. Veiga, & M. Micaelo, *A família na intervenção precoce - Da filosofia à ação*. *Actas do III Encontro Nacional de Intervenção Precoce* (pp. 13-24). Ediliber Gráfica.
- Brandão, T., & Reixa, N. (2012). A intervenção precoce e a atualidade depois da criação do SNIPI: À conversa com representantes da Comissão Nacional e das ELIs. *Educação Inclusiva-Dossier Temático: Intervenção Precoce*, 2(3).



- Bricker, D. (2001). The Natural Environment: A useful construct? *Infant & Young Children*, 13 (4), pp. 21-31.
- Bricker, J., & Cripe, D. (1993). Family Interest Survey. (A. Santos, & T. Brandão, Trans.)
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *International Encyclopedia of Education*, 3(2).
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. (2006). The Bioecological Model of Human Development. In R. M. Lerner, & W. Damon (Eds.), *The Handbook of Child Psychology* (Vol. 1, pp. 793-828). John Wiley & Sons, Inc.
- Bullard, J. (2010). *Creating Environments for Learning: birth to age eight*. Merrill.
- Cassiano, R. (2013). *Avaliação do temperamento em crianças: metodologia combinada de heterorrelato e observação do comportamento em situação de intervenção*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras do Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- Castelo, T., & Fernandes, B. (2009). Sinais de alarme em desenvolvimento. *Saúde Infantil*, 31(1), pp. 12-17.
- Colaço, A. (2014). *Psicomotricidade e Intervenção Precoce no Centro de Desenvolvimento da Criança - Professor Torrado da Silva do Hospital Garcia de Orta*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana.
- Committee on Children with Disabilities [CCD]. (2001). Developmental Surveillance and Screening of Infants and Young Children. *Pediatrics*, 108(1), pp. 192-195.
- Cordovil, R., & Barreiros, J. (2014). *Desenvolvimento Motor na Infância*. Lisboa: Edições FMH.
- Cornwell, J., & Korteland, C. (1997). The family as a system and a context for early intervention. In S. Thurman, J. Cornwell, & S. Gottwald (Eds.), *Contexts of Early Intervention: systems and setting* (pp. 93-109). Baltimore: Paul H. Books.
- Costa, J., & Santos, A. L. (2003). *Falar como os bebés: o desenvolvimento linguístico das crianças*. Lisboa: Caminho.
- Council on Children With Disabilities [CCD]. (2006). Identifying Infants and Young Children with Developmental Disorders in the Medical Home: an algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics*, 118 (1), pp. 405-420.
- Cruz, A. I., Fontes, F., & Carvalho, M. L. (2003). *Avaliação da Satisfação das famílias apoiadas pelo PIIP: Resultados da aplicação da escala ESFIP*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Cruz, O., & Abreu-Lima, I. (2012). Qualidade do ambiente familiar – preditores e consequências no desenvolvimento das crianças e jovens. *AMAzônica*, 8(1), pp. 246-265.

- Dada, S., Granlund, M., & Alant, E. (2006). A discussion of individual variability, in activity-based interventions, using the niche concept. *Child: care, heath and development*, 33(4), pp. 424-431.
- Delmine, R., & Vermeulen, S. (1991). *O desenvolvimento psicológico da criança*. (E. ASA, Ed.)
- Division for early childhood [DEC]. (2014). DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education 2014.
- Dunst, C. (2000). Revisiting "Rethinking Early Intervention". *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), pp. 95-104.
- Dunst, C. (2005). *Framework for practicing evidence based early childhood intervention and family support. CASEinPOINT 1(1)*. Obtido em 20 de 10 de 2015, de <http://www.rehab.alabama.gov/docs/default-source/default-document-library/caseinpoint-framework-for-practicing-evid-based-early-childhood-interv-amp-fam-support.pdf?sfvrsn=0>
- Dunst, C. J., Raab, M., Trivette, C. M., & Swanson, J. (2010). Community-based Everyday Child Learning Opportunities. In R. MacWilliam, *Working with families of children with special needs* (pp. 60-81). New York: The Guilford Press.
- Dunst, C., & Bruder, M. (2002). Valued outcomes of service coordination, early intervention and natural environments. *Exceptional Children*, 68(3), pp. 361-375.
- Dunst, C., Trivette, C., & Deal, A. (1994). *Supporting & Strengthening Families: Methods, strategies and practices*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Dunst, C., Trivette, C., Humphries, T., Raab, M., & Roper, N. (2001). Contrasting Approaches to Natural Learning Environment Interventions. *Infant & Young Children*, 14(2), pp. 48-63.
- EMDIIP. (2014). *Sobre nós: A nossa missão*. Obtido em 6 de Junho de 2015, de Emdiip: <http://www.emdiip.com/nossa-missao>
- EMDIIP. (2014a). *Contactos*. Obtido em 6 de Junho de 2015, de Emdiip: <http://www.emdiip.com/contactos>
- EMDIIP. (2014b). *Equipa Terapêutica: População-alvo*. Obtido em 6 de Junho de 2015, de Emdiip: <http://www.emdiip.com/populacao-alvo>
- EMDIIP. (2014c). *Sobre nós: estatutos*. Obtido em 6 de Junho de 2015, de Emdiip: [file:///C:/Users/Bia%208.1/Downloads/estatutos\\_associacao\\_emdiip\\_-\\_revistos.pdf](file:///C:/Users/Bia%208.1/Downloads/estatutos_associacao_emdiip_-_revistos.pdf)
- EMDIIP. (2014d). *Equipa Terapêutica: Os nossos serviços*. Obtido em 6 de Junho de 2015, de Emdiip: <http://www.emdiip.com/servicos>
- Erwin, E., & Schreiber, R. (1999). Creating Supports for Young Children with Disabilities in Natural Environments. *Early Childhood Education Jornal*, 26 (3), pp. 167-171.

- European Forum Psychomotricity. (2012). *Psychomotrician Professional Competences In Europe*. Obtido em 4 de Novembro de 2015, de psychomot: [http://psychomot.org/documents-inventory/professional\\_competences\\_2012.pdf](http://psychomot.org/documents-inventory/professional_competences_2012.pdf)
- Fernandes, M. d. (2008). *Que intervenção? Um estudo exploratório sobre o grau de satisfação das famílias integradas no Projeto de Intervenção Precoce no Concelho de Estarreja*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa.
- Fonseca, V. d. (2001). *Psicomotricidade: Perspetivas multidisciplinares*. Âncora.
- Fonseca, V. d. (2005). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Lisboa: Âncora.
- Fonseca, V. d. (2006). *Terapia Psicomotora*. Âncora.
- Fonseca, V. d. (2010). *Manual de Observação Psicomotora: significação psiconeurológica dos seus fatores*. Lisboa: Âncora.
- Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Interação em Psicologia*, 11(1), pp. 113-121.
- Gallagher, R. J., LaMontagne, M., & Johnson, L. (1998). Intervenção Precoce: um desafio à colaboração. In L. Correia, & A. Serrano, *Envolvimento Parental em Intervenção precoce: das práticas centradas na criança às práticas centradas na família*. Porto Editora.
- Godridge, T. (2002). *O seu bebé dos 6 aos 12 meses*. Dorling Kindersley - civilização, Editores, Lda 2002.
- Griffey, H. (2002). *O seu bebé dos 12 aos 24 meses*. Dorling Kinderley - Civilização, Editores, Lda 2002.
- Gromowski, V., & Silva, J. A. (2014). *Psicomotricidade na Educação Infantil*. Obtido em 25 de 10 de Outubro, de Psicologado: <https://psicologado.com/atuacao/psicologia-escolar/psicomotricidade-na-educacao-infantil>
- Hanft, B., & Pilkington, K. (2000). Therapy in Natural Environments: The Means or End Goal for Early Intervention. *Infants & Young Children*, 12(4), pp. 1-13.
- Leite, M. E. (2014). *O desenvolvimento da autonomia infantil na rotina de uma creche da rede municipal de ensino de Campina Grande/PB*. Trabalho de Conclusão de Licenciatura na Universidade Estadual da Paraíba.
- Macy, M. (2007). Theory and Theory-driven Practices of Activity Based Intervention. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 4(3), pp. 561-585.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade: as práticas entre o instrumental e o relacional. In V. d. Fonseca, V. d. Fonseca, & R. Martins (Edits.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Edições FMH.

- McWilliam, R. (2010). Early Intervention in Natural environments: a five-component model. *Early Steps*.
- Mendes, M., Pinto, A. I., & Pimentel, J. (2010). Qualidade das Práticas em Intervenção Precoce: uma prioridade. *Actas do VII Simpósio Nacional de Intervenção em Psicologia*. Universidade do Minho, Portugal.
- Neisworth, J., Bagnato, S., Salvia, J., & Hunt, F. (1999). *TABS Manual for the Temperament and Atypical Behavior Scale: Early Childhood Indicators of Developmental Dysfunction*. Paul H. Brooks Publishing C.º: Baltimore.
- Núñez, J., & Berrueto, P. (2007). *Psicomotricidad y Educación Infantil*. (S. CEPE, Ed.)
- Oliveira, V., Milani, D., Hadermann, E., Miguel, M., & Lucato, D. (2004). Avaliação e intervenção psicomotoras lúdicas em bebés atendidos em creches. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, N.º1, pp. 41-46.
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2012). *Starting Strong III - A Quality Toolbox for Early Childhood Education and Care*. Obtido em 22 de 08 de 2015, de <http://www.oecd.org/edu/school/49325825.pdf>
- Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS]. (2005). *Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI*. Washington, DC.
- Papalia, D. E., Olds, S., & Feldman, R. (2001). *O Mundo da criança* (8ª ed.). Lisboa: McGraw-Hill.
- Papalia, D. E., Olds, S., & Ruth, F. (2006). *Desenvolvimento Humano* (8ª Edição ed.). Artmed Editora SA.
- Pereira, A. P. (2009). *Práticas Centradas na Família em Intervenção Precoce: um estudo nacional sobre práticas profissionais*. Universidade do Minho.
- Pereira, A. P., & Serrano, A. M. (2010). Abordagem Centrada na Família em Intervenção Precoce: Perspectivas Histórica, Conceptual e Empírica. *Revista Diversidades*, n.º 27, pp. 4-11.
- Pimentel, J. (2005). *Intervenção focada na família: desejo ou realidade*. Livros SNR n.º23. Lisboa: Secretaria Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com deficiência.
- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, pp. 677-687.
- Post, J., & Hohmann, M. (2003). *Educação de bebés em infantários: cuidados e aprendizagens*. (S. Bahia, Trad.) Fundação Calouste Gulbenkian.
- Rapport, M. J., McWilliam, R., & Smith, B. J. (2004). Practices Across Disciplines in Early Intervention: The Research Base. *Infants and Young Children*, 17(1), pp. 32-44.
- Rigolet, S. A. (2006). *Para uma Aquisição Precoce e Optimizada da Linguagem*. Porto Editora.

- Rossi, F. (2012). *Revista Vozes dos Vales da UFVJM: Publicações Acadêmicas*, 1, pp. 1-18.
- Roth-Hanania, R., Busch-Rossnagel, N., & Higgins-D'Alessandro, A. (2000). Development of Self and Empathy in Early Infancy: Implications for atypical development. *Infants and Young Children*, 13(1), pp. 1-14.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J. Shonkoff, & S. Meisels, *Handbook of early childhood intervention* (pp. 135-159). New York: Cambridge University Press.
- Sampaio, F., & Geraldês, S. (2006). *Necessidades das famílias de crianças com deficiência: um estudo com a escala Family Needs Survey*. Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Silva, S. (2014). *Aquisição da linguagem em função do contexto. Uma análise contrastiva: creche e família*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto da Educação da Universidade do Minho: Universidade do Minho: Instituto de Educação.
- Simeonsson, R. (s/d). Supporting Family Participation in Early Childhood Intervention. In P. I. Coimbra, *A Família na intervenção precoce: Da Filosofia à Ação* (pp. 25-40). Equipa de Coordenação do Projeto Integrado de Intervenção Precoce.
- Spagnola, M., & Fiese, B. H. (2007). Family Routines and Rituals: A Context for Development in the Lives of Young Children. *Infants & Young Children*, 20(4), pp. 284-299.
- Squires, J., & Bricker, D. (2007). An Activity Based Approach to Developing Young Children's Social Emotional Competence. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 3(1), pp. 111-116.
- Tegethof, M. I. (2007). *Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal: ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- The National Association for the Education of Young Children [NAEYC]; The National Association of Early Childhood Specialists in State Departments of Education [NAECS/SDE]. (2002). *Early Learning Standards: Creating the conditions for success*. Obtido em 07 de 08 de 2015, de [https://www.naeyc.org/files/naeyc/file/positions/executive\\_summary.pdf](https://www.naeyc.org/files/naeyc/file/positions/executive_summary.pdf)
- Thurman, S. (1997). Systems, Ecologies, and the context of Early Intervention. In S. Thurman, J. Cornwell, & S. Gottwald (Eds.), *Contexts of Early Intervention* (pp. 3-17). Baltimore, MD: Paul H. Brooks Publishing Co., Inc.
- Varanda, A. (2011). *Cruzar olhares sobre a intervenção familiar integrada e precoce: Família (s) em risco? Perceção das famílias multidesafiadas com crianças em idade pré-escolar em contextos de risco e dos técnicos que as acompanham acerca das suas necessidades e forças*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa.
- Vauclair, J. (2004). *Desenvolvimento da criança: do nascimento aos dois anos*. Editions Belin.

- Williams, M. E., Hutchings, J., Bywate, T., & Daley, D. (2013.). Schedule of Growing Skills II: Pilot Study of an Alternative Scoring Method. *Psychology*, 4(3), pp. 143-152.
- Wittig, M. M. (2005). *Development and validation of child routines questionnaire preschool*. Louisiana State University.

